Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 22. 1887. 31. Mai.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

34. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Strümpell in Erlangen.

Klinische Beiträge zur Kenntniss der Halbseitenläsion des Rückenmarks und der Spinalapoplexie.

Von Dr. *Aug. Hoffmann* in Erlangen.

Unter dem Namen »Halbseitenläsion des Rückenmarks« oder »Brown-Séquard'sche Spinallähmung« versteht man bekanntlich eine Affection des Rückenmarks, deren Hauptsymptome in der Lähmung der Motilität auf der einen und der Sensibilität auf der anderen Seite des Körpers bestehen. Die anatomische Ursache dieser Erscheinungen ist, wie sowohl durch pathologisch-anatomische Untersuchungen, als auch durch Experimente festgestellt ist, die Leitungsunterbrechung in der einen Hälfte des Rückenmarks. Traumatische Läsionen, meningeale und intramedulläre Tumoren, Sclerosirungen, Blutungen und andere Processe können auf diese Weise das Symptomenbild der Halbseitenläsion hervorrufen.

Ausser den beiden oben genannten Hauptsymptomen beobachtet man aber fast in jedem Falle eine Reihe von anderen Erscheinungen, welche für die Kenntniss der physiologischen Bedeutung gewisser Rückenmarksabschnitte, insbesondere für die Kenntniss der Localisation der motorischen und sensiblen Bahnen in dem Rückenmarke von hoher Bedeutung sind. Daher hat die genaue klinische Untersuchung eines jeden Falles von Brown-Séquard'scher Lähmung ein nicht geringes Interesse, und wenn ich im Folgenden, trotz der grossen Zahl der bereits bekannt gewordenen Fälle, noch einige weitere, hierher gehörige Beobachtungen zu veröffentlichen wage, so geschieht es theils wegen gewisser Besonderheiten in der Aetiologie und im Verlaufe der Fälle, theils wegen einzelner bemerkenswerther Krankheitssymptome, auf deren Vorkommen bei Halbseitenläsion des Rückenmarks bisher noch nicht in genügendem Maasse geachtet ist.

Fall I. Der 16jährige Schreinerlehrling Jacob Nägel aus Fürth wurde am 28. Juni 1886 in die Erlanger Klinik aufgenommen. Patient, aus völlig gesunder Familie abstammend, war früher, abgesehen von einem vor zwei Jahren durchgemachten Typhus, stets gesund und kräftig.

Am 17. Mai 1886 war er 6 Uhr früh bei vollkommenem Wohlbefinden zur Arbeit gegangen und hatte auch in den letzten Tagen zuvor keinerlei Beschwerden gehabt. Seine Aufgabe an jenem Morgen war eine sehr schwere. Er hatte auf dem Rücken 12—15 circa 1 m breite und $2^1/_2$ m lange zusammengeleimte Bretter 2 Stockwerke hoch zu tragen, eine Arbeit, welche er freilich schon öfter ohne Gefährdung seiner Gesundheit gethan hatte. Diese Beschäftigung dauerte bis 10 Uhr und auch am Schlusse derselben spürte er keine Beschwerde. Um 11 Uhr, während der Patient in knieender Stellung beschäftigt war, diese Bretter am Fussboden einzunageln, traten zum ersten Mal stechende, von den letzten Brustwirbeln bis zum Kreuzbein ausstrahlende Schmerzen ein, die um 12 Uhr sehr stark geworden waren. Er verspeiste aber noch mit gutem Appetite sein Mittagbrod und ging, da die Schmerzen etwas nachgelassen hatten, um 2 Uhr wieder an seine letzterwähnte Beschäftigung. Beim Gehen zu dem 8 Minuten von seiner Wohnung gelegenen Bauplatz spürte er nicht die geringste Behinderung. Die Schmerzen erreichten indessen bei der im Knien geleisteten Arbeit bald wieder die vorige Höhe und jetzt bemerkte er auch, dass er nicht mehr so gut wie vorher auf den Knieen fortrutschen konnte, was die Arbeit erforderte. Als er nach einer halben Stunde sich erhob, konnte er das linke Bein nicht mehr ordentlich bewegen, es fehlte aber dabei jegliches abnorme Gefühl. Nachdem er etwa 10 Schritte gegangen war, fühlte er in der oben beschriebenen Gegend der Wirbelsäule plötzlich einen heftigen Stich und kam zu Fall, ohne einen Augenblick das Bewusstsein zu verlieren. Bei dem Versuche sich zu erheben, zeigte sich, dass das linke Bein vollständig gelähmt und zur Bewegung untauglich war. Von den mit ihm arbeitenden Leuten aufgerichtet, empfand er im rechten Bein ein etwa 15 Minuten anhaltendes lebhaftes Hitzegefühl. Als das Bein daraufhin entblösst wurde, bemerkte er, dass er Berührungen daselbst durchaus nicht mehr empfand, während das linke Bein sich in dieser Beziehung normal verhielt. Andererseits war die Beweglichkeit des rechten Beines unverändert geblieben. Die anfangs erwähnten Kreuzschmerzen hielten noch unter beständiger Abnahme 2 Stunden an.

Um $3^1/_2$ Uhr wurde Patient nach seiner Wohnung geschafft, wo er das Bett 3 Wochen lang hütete. Kreuzschmerzen traten nicht wieder ein, auch keinerlei sonstige erwähnenswerthe Symptome, wie Kopfschmerz, Fieber, Schmerzen in den Beinen, Parästhesien etc. In Bezug auf das Verhalten der Blase ist zu bemerken, dass Patient beim Urinlassen »stärker drücken« musste. Auch bestand 8 Tage lang Durchfall. Zu unwillkürlichen Abgängen von Harn oder Stuhl kam es nicht, nur die Flatus behauptet der Kranke nicht zurückhalten zu können.

Während die Sensibilitätsstörung im rechten Bein bis zur Aufnahme des Patienten in das hiesige Universitätsspital in gleicher Weise fortbestand, besserte sich die Motilitätsstörung im linken Bein in folgender Weise.

Nach 4 Wochen bemerkte Patient, dass er das linke Bein, wenn es im Kniegelenk gebeugt war, willkürlich wieder strecken konnte, was ihm nach dem Anfall nicht mehr möglich gewesen war. In der 5. Woche konnte er selbst das Bein auch etwas beugen. In den ersten 3 Wochen konnte er absolut nicht gehen, in der 4. mit Hilfe zweier Stöcke, in der 5. aber ohne Unterstützung, wenn auch noch mit einiger Mühe.

Das Allgemeinbefinden war stets ein vortreffliches und in keiner Weise gestört.

Status praesens den 28. Juni 1886: Körpertemperatur 37°,0. Puls 96, Respiration 24. Körpergewicht 96 Pfund.

Patient ist ein kräftig gebauter, etwas untersetzter Junge, gut genährt, musculös, von gesundem Aussehen. Seine geistigen Fähigkeiten sind durchaus normal. Die Sinnesorgane, sowie die

Gehirnnerven sind in keiner Weise gestört. Die Pupillen sind gleich weit, und reagiren ausgiebig auf Licht und Accomodation.

Die Wirbelsäule zeigt keinerlei Formveränderung, sie ist weder bei Druck und Beklopfen, noch spontan irgendwie schmerzhaft.

Die oberen Extremitäten zeigen in jeder Beziehung ein vollkommen normales Verhalten.

Was nun die unteren Extremitäten anbetrifft, so zeigt sich im linken Bein eine deutliche Parese. Der Fuss liegt in Spitzfussstellung etwas nach innen rotirt. Die Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk werden zwar in ziemlich ausgiebiger Weise ausgeführt, jedoch ist die motorische Kraft bedeutend vermindert, und es tritt schnell Ermüdung ein, so dass nach 4—5maligem Anziehen des Unterschenkels diese Bewegung nicht mehr vollständig ausgeführt werden kann. Rotationsbewegungen in der Hüfte sind nur mit grosser Mühe zu bewerkstelligen. Im Fussgelenk sind gar keine Bewegungen möglich. Die Zehen werden nur in ganz geringem Maasse bewegt.

Zum Gehen bedient sich der Kranke eines Stockes, den er in der rechten Hand führt. Indem er nun den Oberkörper auf die rechte Seite hinüberbringt, führt er mit grosser Anstrengung das linke Bein in einem Bogen zugleich nach aussen und vorn.

Die Sensibilität ist im linken Bein vollkommen normal, keine Schmerzen, keine Hyperästhesien.

An der linken Thoraxhälfte aber findet sich, vorn von der 5. Rippe bis zum Rippenbogen reichend, eine vom Sternum bis zur Wirbelsäule sich erstreckende, etwa handbreite Zone, in der Tast-, Schmerz- und Temperatursinn aufgehoben sind, in ähnlicher Weise, wie unten beim rechten Bein auseinandergesetzt werden wird.

Der Plantarreflex ist auf der linken Seite sehr herabgesetzt, der Cremasterreflex gar nicht hervorzurufen. Der Patellarreflex ist deutlich, doch nicht gesteigert. Kein Fussphänomen.

Am rechten Bein ist dagegen keinerlei motorische Störung nachzuweisen; alle Bewegungen werden gut ausgeführt, und die motorische Kraft ist von normaler Stärke. Dagegen ist die Tastempfindung von der 7. Rippe an erloschen. Keine Berührung wird empfunden, auch die Schmerzempfindung fehlt, indem tiefe Nadelstiche nur als leichter Druck empfunden werden.

Der Temperatursinn ist ebenfalls erloschen, Reagensgläschen, mit heissem und kalten Wasser gefüllt, werden nicht unterschieden resp. gar nicht gefühlt.

Die Hautreflexe sind auf dieser Seite deutlich vorhanden, der Cremasterreflex sehr lebhaft. Patellar- und Achillessehnenreflex vorhanden, aber nicht deutlich gesteigert.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven zeigt keine Anomalien.

Urinentleerung träge, Stuhlgang regelmässig, Gasretention unvollkommen.

Die Behandlung des Kranken bestand im Galvanisiren und Faradisiren der gelähmten Muskeln und Nerven, sowie im Faradisiren der anästhetischen Hautpartien.

Am 2. Juli, also am 5. Tage nach der Aufnahme, zeigte sich, dass die Motilität im linken Kniegelenk ein wenig besser ist, die Bewegungen werden mit grösserer Kraft vollführt.

Die Herabsetzung der Sensibilität ist nicht mehr so bedeutend, es werden Fingerdruck und Nadelstiche empfunden, letztere jedoch nicht als Schmerzen, sondern nur als leiser Kitzel. Spitze und Knopf der Nadel werden nicht unterschieden.

3. Juli. Beim Beugen des Kniegelenks tritt jedes Mal eine sehr deutliche Mitbewegung in dem sonst activ vollständig unbeweglichen Fussgelenk ein, und zwar wird besonders der M. tibialis anticus und der M. extensor hallucis longus, dessen Sehne auffallend hervortritt, contrahirt, so dass die sonst schlaff herabhängende Fussspitze stark dorsalflectirt erscheint. Diese Mitbewegung kann willkürlich nicht unterdrückt werden.

Der Temperatursinn, der anfangs, wie der Tastsinn, ganz erloschen war, hat eine eigenthümliche Veränderung erfahren. Der Patient empfindet heisses und eiskaltes Wasser am rechten Bein als gleich warm d. h. ein mit Eisstückchen gefülltes Reagensgläschen, welches an's rechte Bein gehalten wird, ruft eine deutliche Wärmeempfindung hervor.

Während das Uebergiessen mit kaltem Wasser am linken Bein lebhafte Reflexe auslöst, wird dasselbe Wasser rechts als warm empfunden und löst keine Reflexe aus.

Der Muskelsinn, welcher bei der ersten Untersuchung leider nicht geprüft war, zeigt sich heute in beiden Beinen als normal, ebenso der Drucksinn.

10. Juli. Die Mitbewegung im linken Fussgelenk besteht in der früheren Ausdehnung. Beugt man den linken Fuss passiv schnell und kräftig dorsal, so tritt während der Fuss langsam in Spitzfussstellung zurückgeht, eine starke Dorsalflexion der grossen Zehe ein, eine Bewegung, die willkürlich in dem Grade gar nicht ausführbar ist.

12. Juli. Der Cremasterreflex rechts ist sehr lebhaft; ein Strich mit dem Hammerstiel an der inneren Seite des rechten Oberschenkels erzeugt einen Reflex in beiden Scrotalhälften, während vom linken Bein aus gar kein Reflex hervorzurufen ist. Die Sehnenreflexe sind links jetzt deutlich erhöht. Der Patellarreflex lässt sich auch durch Beklopfen des Periosts der Tibia hervorrufen.

17. Juli. Allgemeinbefinden gut. Der Gang des Patienten hat sich bedeutend gebessert. Die willkürliche Rotation des linken Beines ist noch immer mit grosser Anstrengung verbunden; die Bauchmuskeln spannen sich dabei stark an. Bemerkenswerth ist eine manchmal, aber nicht immer nachweisbare eigenthümliche Mitbewegung im linken Cremaster, wenn der Kranke sein linkes Bein an den Rumpf heranzieht. Der Tastsinn ist rechts so weit wieder hergestellt, dass auch die leisesten Berührungen empfunden und localisirt werden. Das Schmerzgefühl ist dagegen noch sehr herabgesetzt, ebenso besteht noch die oben beschriebene Temperatursinnstörung. Eisstücke werden ebenso warm empfunden, wie Wasser von 36° C. Heisses Wasser wird am rechten Bein »warm«, jedoch weniger warm, als links, empfunden.

16. August. Es zeigt sich eine geringe Beweglichkeit im Fussgelenk, namentlich bei gebeugtem Knie. Hautreflexe rechts lebhafter, als links.

18. September. Schmerz- und Temperatursinn rechts noch in gleicher Weise gestört. Motilität links ebenso. Bei jeder kleinen Bewegung im Fussgelenk spannt sich die Sehne des Extensor hallucis longus an, und es tritt Dorsalflexion der grossen Zehe ein. Patient klagt über Zuckungen im linken Bein, die namentlich im Bade eintreten.

Hautreflexe links schwach, Cremasterreflex fehlt, rechts dagegen lebhaft. Uebergiessen mit kaltem Wasser löst hier, trotzdem es als warm empfunden wird, lebhafte Reflexe aus.

Patellarreflex links gesteigert, ebenso Achillessehnenreflex, jedoch kein Fussclonus. Rechts sind die Sehnenreflexe normal.

1. October. Der linke Fuss nimmt bei der Rückenlage Varo-equinus-Stellung ein. Im oberen Drittel beträgt der Umfang des Unterschenkels links 29,0 cm, rechts 30,2 cm.

Die Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk werden links immer noch mit geringerer Kraft ausgeführt, als rechts. Rotation noch erschwert. Die linke Zehenspitze beschreibt bei derselben einen Bogen von 20°, die rechte einen von 40°. Die Sensibilitätsstörung rechts noch unverändert.

Patient wurde aus der Klinik entlassen und nahm seine Beschäftigung wieder auf.

Am 10. December hatte ich Gelegenheit den Patienten nochmals zu untersuchen. Es zeigte sich, dass der Zustand ziemlich derselbe geblieben war, wie bei der Entlassung. Die Kälteempfindung fehlt noch. In der linken grossen Zehe treten von Zeit zu Zeit auch bei ruhiger Lage unwillkürliche Dorsalflexionen ein, die langsam wieder zurückgehen. Allgemeinbefinden vortrefflich. Das Gehen macht trotz der Parese des rechten Fusses keine besonderen Beschwerden.

Fragen wir jetzt zunächst nach dem anatomischen Vorgange, der in diesem Falle den Symptomencomplex der Halbseitenläsion hervorgerufen hat, so scheint uns nach dem ganzen

Verlaufe der Krankheit bei weitem am wahrscheinlichsten die Annahme einer Rückenmarksblutung zu sein.

Abgesehen davon, dass alle anderen etwa in Betracht kommenden Erkrankungen (Verletzung der Wirbelsäule, Myelitis, Poliomyelitis, Tumor u. dgl.) fast mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, spricht zunächst schon die besondere Art der Schädlichkeit, welche als Krankheitsursache in unserem Falle aufgefasst werden muss, für die Annahme einer Rückenmarksblutung. Letztere tritt nach Angabe Erb's[1]) »nach all den Momenten, welche eine erhebliche active Congestion zum Rückenmark veranlassen« auf, so namentlich nach übermässigen Anstrengungen, wie die von Colin[2]) und Duriau[3]) gemachten Beobachtungen zeigen. Im ersteren Falle wurde ein Soldat nach einem sehr anstrengenden Marsche von einer plötzlichen Lähmung der Beine befallen, in letzterem Falle trat eine ähnliche Lähmung ein, nachdem der Patient lange Zeit anstrengend, die Hände über den Kopf, gearbeitet hatte. Bei beiden Patienten ergab die Section eine Rückenmarksblutung. Auch unser Patient hatte beim Herauftragen der 1 m breiten und 2 m langen Bretter eine für sein Alter und seine Constitution entschieden ungemein schwere Arbeit geleistet, so dass wir diesen Umstand wohl mit Recht als Veranlassung zu der vorausgesetzten Apoplexia spinalis ansehen dürfen.

Berücksichtigt man ferner, dass die Lähmung bei einem bis dahin ganz gesunden jungen Menschen vollkommen plötzlich eintrat, nachdem nur kurze Zeit vorher Kreuz- und Rückenschmerzen bestanden hatten, so ist dieses Verhalten nach den von Levier[4]) und Goldammer[5]) mitgetheilten Beobachtungen wiederum gerade für Rückenmarksblutungen im hohen Grade charakteristisch.

Dass Rückenmarksblutungen auf eine Hälfte des Rückenmarks beschränkt bleiben können und so die Symptome der Halbseitenläsion hervorrufen, ist durch frühere Beobachtungen unzweifelhaft erwiesen.

So beobachtete Oré[6]) bei einem Patienten eine plötzlich eingetretene Lähmung der linken Seite mit Erhaltung der Sensibilität. Rechts war die Motilität ungestört, die Sensibilität erloschen. Der Fall verlief tödtlich, und es fand sich bei der Section ein Blutcoagulum in der linken Hälfte des Marks. Aehnliches beobachteten Breschet[7]), Monod[8]) und Colin[9]); auch in den von diesen Forschern beobachteten Fällen hatte, wie durch die Section nachgewiesen wurde, eine Rückenmarksblutung Halbseitenläsion zur Folge.

Endlich spricht auch die ganze Art des Verlaufes sehr für unsere Annahme. Die rasche Besserung im Anfange lässt eine Aehnlichkeit mit dem Verlaufe bei Gehirnblutungen nicht verkennen, und das Stationär-bleiben gewisser Reste der Lähmung kann durch die Annahme einer an der Stelle der Läsion zurückbleibenden apoplectischen Narbe hinreichend erklärt werden.

Fall II. Der 56jährige Oeconom Georg Mertel von Erlangen wurde am 8. October 1886 in die hiesige chirurgische Klinik aufgenommen wegen einer Verletzung, die er wenige Stunden zuvor erlitten hatte. Ueber dieselbe giebt der Patient an, dass er ein Paar vor einem Wagen gespannte Ochsen habe aufhalten wollen, dabei auf den Bauch gefallen und von den Thieren im Bereiche des ganzen Rückens getreten worden sei. Er verlor dabei das Bewusstsein und wurde, da er sich nicht erheben konnte, sofort in das Spital verbracht. Hier zeigte sich die linke Pupille enger, als die rechte, auf Licht und Accomodation nur wenig reagirend. Der linke Arm und das linke Bein waren gelähmt; auf energisches Anrufen konnte er das letztere einige Centimeter von der Unterlage emporheben. Der rechte Arm schien unverletzt, das rechte Bein war aber für Tast-, Schmerz- und Temperatureindrücke unempfindlich. Den Urin konnte der Patient nicht selbst entleeren, er musste catheterisirt werden. Stuhl hatte er nur nach Darreichung von Abführmitteln.

Am 20. October hatte ich Gelegenheit den Patienten zu untersuchen und konnte folgenden Status aufnehmen.

Status praesens den 20. October 1886. Der Patient ist ein mittelgrosser, kräftig gebauter und genährter Mann. Er liegt in der Rückenlage mit etwas nach links gebeugtem und nach rechts gedrehtem Kopf. Die Haut ist normal, ebenso sämmtliche innere Organe. Das psychische Verhalten vollkommen ungestört. Patient giebt auf alle Fragen deutliche und präcise Antworten.

Sinnesorgane normal, die Pupillen sind jetzt gleich weit und reagiren deutlich. N. facialis nicht gelähmt. Die Zunge wird ohne Zittern und gerade herausgestreckt. Keine Bulbärsymptome. Der Kranke klagt über grosse Schmerzen im Nacken, die in den linken Oberarm ausstrahlen. Die Bewegungen der Halswirbelsäule sind behindert und äusserst schmerzhaft. Nach hinten kann der Kopf gar nicht gebeugt werden, nach rechts nur wenig, während er nach links ziemlich ausgiebig gedreht werden kann. Vom Munde aus ist an der Halswirbelsäule, der Höhe des 5. Halswirbels entsprechend, ein Knochenvorsprung zu fühlen. Druck auf die Nackengegend und namentlich die Wirbelsäule steigert die Schmerzen beträchtlich.

Im rechten Arm ist die Motilität vollständig erhalten, alle Bewegungen erfolgen kräftig und ausgiebig. Die Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung ist vollständig erhalten.

Im linken Arm, welcher anfangs ganz unbeweglich war, sind auch jetzt nur minimale Bewegungen im Daumen und im Zeigefinger möglich. Im übrigen ist die Motilität vollständig erloschen. Der Arm kann weder erhoben werden, noch ist irgend eine Bewegung im Ellbogen- oder Handgelenk möglich. Der Muskelsinn ist nicht gestört, ebenso werden Tasteindrücke gut empfunden und localisirt. Spitze und Knopf einer Nadel werden aber nicht unterschieden, und tiefe Nadelstiche sind nicht schmerzhaft. Die Temperaturempfindung zeigt ein ebenso abnormes Verhalten, wie im rechten Bein, was unten näher beschrieben wird. Reflexe sind vorhanden, aber nicht erhöht.

Das rechte Bein zeigt eine vollständig normale Motilität. Die Sensibilität aber zeigt ein eigenthümliches Verhalten. Alle Berührungen fühlt der Patient und localisirt sie richtig, dagegen erregen tiefe Nadelstiche nicht das Gefühl des Schmerzes. Druck auf den Hoden ist nicht schmerzhaft. Der Temperatursinn ist ebenfalls beeinträchtigt, und zwar besteht hier, wie im rechten Arm, die Anomalie, dass alle Kältereize Wärmeempfindung hervorrufen. Eiswasser erscheint dem Patienten als lauwarm. Heisses Wasser bezeichnet er ebenfalls als lauwarm, jedoch als wärmer wie Eis.

Berührt man das linke Bein mit einem Reagensgläschen mit Wasser von 30° C., das rechte mit Eis, so kommt es ihm vor als würden beide Beine mit gleich warmen Gegenständen berührt. Diese Sensibilitätsstörung geht bis zur 3. Rippe empor. An den seitlichen Partien des Rumpfes bestehen starke Schmerzen und der Patient behauptet, dort nichts fühlen zu können.

Hautreflexe normal, Patellarreflex ebenfalls.

Das linke Bein, welches anfangs beinahe vollständig gelähmt war, ist im Hüft- und Kniegelenk wieder beweglich. Die motorische Kraft jedoch ist viel geringer als rechts, und es tritt rasch Ermüdung ein. Das Fussgelenk, sowie die Zehen sind activ fast ganz unbeweglich. Passive Bewegungen sind leicht ausführbar.

Lässt man den Patienten das Bein anziehen durch Beugen des Hüft- und Kniegelenks, so tritt im activ fast unbeweglichen Fussgelenk eine deutliche Dorsalflexion als

[1]) Erb, Krankheiten des Rückenmarks 1879.
[2]) L'Union 40. 1862.
[3]) L'Union 20—25. 1859.
[4]) Levier, Beitrag zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. Bern 1864,
[5]) Virchow's Archiv. Bd. 66. 1876.
[6]) Memoires de la Soc. de Biologie 1853.
[7]) Archives génerales T. XXV. 1831.
[8]) Bulletin de la soc. anat. Nr. XVIII. 1829.
[9]) L'Union 37. 1862.

Mitbewegung ein. Dieselbe kann nicht willkürlich unterdrückt werden.

Die Sensibilität des linken Beines ist dahin gestört, dass hier vom zweiten Tage nach der Verletzung an deutliche Hyperästhesie besteht. Auch jetzt empfindet der Patient leichte Nadelstiche als sehr schmerzhaft.

Die Haut- und Sehnenreflexe sind auch auf dieser Seite normal. Die elektrische Untersuchung der Muskeln und Nerven ergab nirgends ein abnormes Verhalten.

Am 7. November wurde der Patient aus der chirurgischen Klinik entlassen. Die Lähmung des linken Beines war bei seiner Entlassung schon so weit gebessert, dass er ohne Hülfe gehen konnte, nur knickte er mit dem linken Bein von Zeit zu Zeit ein. Urin- und Stuhlentleerung zeigten schon seit 14 Tagen keine Störung mehr.

Am 2. December ward er in der medicinischen Klinik wieder untersucht und es zeigt sich, dass die Schmerzen im Nacken, die jetzt in beide Arme ausstrahlen, sowie in die rechte Thoraxseite, zwar geringer geworden sind, aber noch fortbestehen.

Die Beweglichkeit des linken Armes ist theilweise wieder hergestellt. In der Schulter kann Patient einige Bewegungen nach vorn und nach hinten machen, wenn auch wenig ausgiebig und mit geringer Kraft. Gehoben kann der Arm nicht werden. Im Ellenbogengelenk kann der Arm gebeugt werden; der M. supinator longus springt deutlich vor, dagegen ist das Strecken des Armes nicht möglich. Dementsprechend erscheint der M. deltoideus und der M. triceps etwas atrophisch. Der Umfang des linken Armes ist dicht unter der Achselhöhle 1 cm, in der Mitte $1^1/_2$ cm geringer, als der des rechten.

Die elektrische Erregbarkeit der atrophischen Muskeln ist nicht wesentlich verändert. In den Vorderarm- und Handmuskeln sind alle Bewegungen möglich, aber langsam und unvollkommen. Im kleinen Finger weniger wie in den anderen. Der Kleinfingerballen ist ebenfalls atrophisch.

Die Sensibilitätsstörung in demselben Arm ist sehr gebessert, nur um das Ellenbogengelenk herum und im Vorderarm besteht noch die Schmerz- und Temperatursinnstörung. Die Hand verhält sich normal.

Der Tricepsreflex ist deutlich gesteigert, ebenso lässt sich durch Beklopfen der Sehnen des Supinator longus ein lebhafter Reflex erzielen.

Im rechten Bein besteht die früher beschriebene Sensibilitätsstörung in derselben Weise fort. Ausserdem nimmt der Patient hier seit einigen Wochen ein continuirliches subjectives Hitzegefühl wahr, so dass es ihm ist »als wenn das rechte Bein in einem Backofen steckte«.

Die Bewegungen im linken Bein sind immer noch schwächer wie die im rechten. Die früher beschriebene Mitbewegung im Fuss tritt noch häufig ein, kann aber jetzt unterdrückt werden.

Die Sehnenreflexe sind hier deutlich gesteigert. Der Patellarreflex ist auch durch Beklopfen der Tibia auszulösen. Dorsalclonus besteht nicht.

Noch zu erwähnen ist, dass eine Abschuppung der Haut, hauptsächlich im linken Arm und in den Beinen eintrat.

Was die anatomische Diagnose dieses Falles anbetrifft, so ist bei der unzweideutigen Ursache der Erkrankung die Annahme einer traumatischen Läsion des Rückenmarks sicher gestellt. Schwierigkeit macht nur die Entscheidung über die Art und Weise dieser Verletzung.

Dass eine Compression der linken Hälfte des Cervicalmarks stattgefunden hat, geht aus den Symptomen wohl mit Sicherheit hervor. Ob diese nun durch den aus der Lage gewichenen Halswirbel, oder etwa durch ein Blutextravasat hervorgerufen ist, kann dagegen nicht sicher festgestellt werden. Die schnelle Besserung spricht auch hier für die Annahme einer Blutung. Dass durch eine Wirbelfractur oder Luxation eine Halbseitenläsion bewirkt werden kann, ist unzweifelhaft, und Fälle dieser Art sind schon öfters beschrieben worden.

Noch möchte ich kurz darauf hinweisen, dass in der hiesigen Universitätsklinik seit Jahren ein Patient sich befindet, bei dem die Diagnose auf Syringomyelie gestellt wurde, dessen Zustand ebenfalls, wenn auch nicht vollkommen rein, die Erscheinungen der Halbseitenläsion zeigt.

Es besteht rechts Lähmung des Armes und Beines, während die Sensibilität im rechten Arm theilweise, im linken Bein gänzlich erloschen ist.

Auch hier zeigte sich bei Versuchen, das rechte Bein zu bewegen, die auch bei den ersten beiden Patienten beobachtete Mitbewegung im Fussgelenk. Perverse Temperaturempfindung bestand nicht, der Temperatursinn war im rechten Bein vollständig erloschen. Am rechten Vorderarm und Handrücken bezeichnet der Kranke bei der Berührung mit kalten Gegenständen diese als kalt, während er bei Berührung mit warmen und heissen Gegenständen behauptet, gar keine Temperaturempfindung zu haben. Es besteht also eine partielle Wärmeanästhesie. Da dieser Fall an anderer Stelle genauer beschrieben werden wird, so ist ein näheres Eingehen auf denselben jetzt nicht geboten.

(Schluss folgt.)

Festrede zu Franz Reisinger's hundertjährigem Geburtstage.

Gesprochen von Dr. *Franz Seitz*, o. ö. Professor, im Reisingerianum am 16. Mai 1887.

Hohe Versammlung!

Das Andenken ihrer Stifter und Wohlthäter wie ihrer grossen Lehrer zu ehren, und ihrem Dank für dieselben gelegentlich festlichen Ausdruck zu geben, gehört zu den löblichen Gepflogenheiten unserer Hochschulen. Seit der erlauchte Wittelsbacher Georg der Reiche im ersten Jahrhundert des Bestehens unserer Universität das theologische Seminar, das seinen Namen trägt, gegründet hat, ist ihr manche Dotation von Fürsten und Privaten zu Theil geworden, doch keine von solchem Belang wie die ihres ehemaligen Lehrers Franz Reisinger. Sie wie die medicinische Facultät, der er im Leben angehört und bei seinem Tode den grössten Theil seines beträchtlichen Vermögens zugewendet hat, erfüllt durch die heutige Feier seines 100. Geburtstages in dem von ihm gegründeten und nach ihm genannten Institut eine Pflicht der Dankbarkeit. Mir, dessen Fach durch seine grossmüthige Stiftung die grösste Förderung erfahren hat, ist die ehrenvolle Aufgabe geworden, in öffentlicher Rede das Andenken dieses würdigen Lehrers unserer Hochschule zu feiern. In Erfüllung derselben fühle ich lebhaft, wie erhebend es ist, das Leben eines Mannes zu schildern, der sein höchstes Glück in der Arbeit für Andere und den grössten Lohn für eine unermüdliche Thätigkeit im Wohlthun fand. In mehr als einem Betrachte verdient dieser hervorragende Arzt unser Vorbild zu sein, weshalb wir auch, um die Betheiligung unserer jüngeren Commilitonen an der heutigen Feier, die eigentlich in die Osterferien fiel, zu ermöglichen, dieselbe in das Sommersemester verlegten.

Es ist nicht leicht, eine genaue Lebensgeschichte des Gefeierten mit richtiger Vertheilung von Licht und Schatten zu schreiben. Der bis an sein Lebensende rastlos thätige Mann hat keine auf ihn selbst bezügliche Aufzeichnungen hinterlassen. Der Redner bei Eröffnung dieser Anstalt, der um dieselbe verdiente damalige Rector von Poezl, hat für die biographischen Angaben über denselben die mündlichen Mittheilungen seines damals noch lebenden Freundes, des Reichsrathes von Bayer, wie das vorhandene Actenmaterial benützt. Aus denselben Quellen, Permaneders Annalen und v. Prantl's Geschichte unserer Universität, Reisinger's veröffentlichten Schriften und Abhandlungen wie Mittheilungen Mancher, die ihm im Leben

näher standen und von ihm ärztlich behandelt worden sind, schöpfte ich die folgende Darstellung seines Lebens und seiner Leistungen als Lehrer, Schriftsteller und Arzt.

Franz Reisinger ist am 3. April 1787 zu Coblenz geboren. Sein Vater Dr. Felix Reisinger war Leibchirurg und Arzt des letzten Kurfürsten von Trier, Clemens Wenzeslaus. Seine Mutter Maria Katharina, geborene Urspringer, bekleidete die Stelle einer Organistin bei der kurfürstlichen Capelle und behielt dieselbe auch nach ihrer Verehelichung. Die Thatsache der Vererbung geistiger und leiblicher Eigenschaften, so besonders von Neigungen und Anlagen, kam auch bei ihm zur Erscheinung. Die Richtung auf Naturwissenschaft und Heilkunde hat er wohl von seinem Vater, die Anlage und Neigung für Musik, die er sein ganzes Leben hindurch pflegte, von seiner Mutter ererbt. Er spielte in jüngeren Jahren nicht ohne Geschick Flöte.

Die Eindrücke der Umgebung und der Zeit, in der wir unsere ersten Lebensjahre hinbringen, sind für unsere geistige Entwicklung und die Erweiterung unseres Blickes von grösster Bedeutung. Diejenigen, in welchen Reisinger aufwuchs, mussten diese besonders begünstigen. Sein Vater war mit seinem Landesherrn vor der Geburt seines Sohnes im November 1786 aus Trier weg in sein neuerbautes Residenzschloss nach Coblenz übergesiedelt. Der Kurfürst hielt in der schönen, am Einfluss der Mosel in den Rhein gelegenen Hauptstadt des Fürstenthums einen glänzenden Hof. An demselben entfaltete sich seit dem Beginn der Revolution in Frankreich ein reges politisches Leben, nachdem der aus diesem Lande auswandernde Adel (an seiner Spitze der Graf von Provence und der Graf von Artois, die nachmaligen Könige Ludwig XVIII. und Karl X.) in Coblenz sein Hauptquartier zum Kampfe gegen die gallische Republik aufgeschlagen hatte. Wie seit Friedrich dem Grossen am preussischen Hofe hatte man auch am churtrierschen sich früher schon der Aufklärung und den neuen Anschauungen der Zeit zugewendet. Clemens Wenzeslaus, Sohn des Churfürsten Friedrich August II. von Sachsen, war aufgewachsen in diesem protestantischen Lande, welches durch seine Schulen und besonders die Universität Leipzig mit Gelehrten wie Ernesti, Heyne, Rabener und Gellert inmitten des deutschen geistigen Lebens damaliger Zeit stand. Wie uns Goethe in »Wahrheit und Dichtung« (sämmtliche Werke XXI. Bd., Cotta'scher Verlag 1840) 6. Buch S. 45 aus der ersten Zeit seines Aufenthalts an der genannten Hochschule erzählt, hielt man dort viel auf Verfeinerung der Sitten der Studenten im Gegensatze zur Rohheit derselben in Halle und Jena, wie sie der Dichter F. W. Zachariae im scherzhaften Heldengedicht »Der Renommist« gegeisselt hat. Clemens Wenzeslaus wendete denn auch vom Beginn seiner Regierung an ganz besondere Sorgfalt der Verbesserung des Unterrichtswesens zu. In einer am 29. October 1768 erschienenen Verordnung für die Gymnasien zu Coblenz und Trier ward unter Anderem auch geboten, dass den Schülern die Regeln der Wohlanständigkeit öfters verlesen würden, damit sie nicht nur guter Lebensart und Sauberkeit an Leib und Kleidung sich befleissigten, sondern auch lernten sich wohl zu stellen und zu präsentiren. (Perthes, Clemens Theodor: Politische Zustände und Personen in Deutschland zur Zeit der französischen Herrschaft. Gotha 1862. I. Das südliche und westliche Deutschland. S. 322.) Clemens Wenzeslaus war nach dem Zeugniss seiner Zeitgenossen und Biographen (F. H. Kraus, Allg. deutsche Biographie IV. Bd. Leipzig 1876, S. 314) ein frommer Priester von vielseitiger Bildung, feinen Formen und fürstlichem Anstand, gutmüthig und wohlwollend. Erholung suchte er nur in edlen Genüssen und wusste sich, indem er seine jüngste Schwester, Prinzessin Kunigunde, Aebtissin von Essen und Thorn, dauernd an seinen Hof zog, ein Familienleben zu schaffen. Er liebte die Musik leidenschaftlich und spielte mit Meisterschaft Clavier. (Dr. Vehse, Geschichte der kleinen deutschen Höfe. 12. Theil. Hamburg 1859. S. 79.) Am 5. October 1794, nachdem die Franzosen schon im August in Trier eingezogen waren, verliess er bei ihrer Annäherung seine Residenz Coblenz und flüchtete sich mit seinem Hofstaat nach Augsburg, zu dessen Fürstbischof er schon im Jahre 1764 erwählt worden war. Er behielt dieses Fürstbisthum bis zum Jahre 1803 in seinem Besitz. Auch nach der Abtretung desselben im genannten Jahre an die Krone Bayern blieb er im dortigen bischöflichen Schlosse wohnen bis zu seinem am 27. Juli 1812 zu Oberndorf im Allgäu erfolgten Tode. Nach seiner letzten Verfügung wurde er ohne Leichenrede und Gepränge auf dem gewöhnlichen Kirchhof dort beerdigt. Seine Beamten und Diener, für die er auch nach Schmälerung seines Einkommens väterliche Sorge trug, hatte er zu Erben seines Nachlasses eingesetzt. Durch diese Verfügung wurde der Grund zu Reisinger's Privatvermögen gelegt, dessen Eltern nach Augsburg mit übergesiedelt waren.

Wir haben von Clemens Wenzeslaus, dem letzten Churfürsten von Trier, ausführlicher gesprochen, weil er Reisinger's Eltern und ihrem Sohne ein gnädiger Gönner war, und der Umstand, dass letzterer in der nächsten Umgebung desselben seine Knaben- und Jugendjahre verlebt hat, auf die Entwicklung seines Geistes und Charakters von grossem Einfluss war. Ohne Zweifel ist eine gewisse Vornehmheit, die sich in seiner Haltung, Kleidung und den Gewohnheiten des Lebens ausprägte, auf die Eindrücke des Hofes zurückzuführen. Doch wohl nicht allein auf seine Aussenseite, sondern auch auf seinen Charakter übten die Eindrücke seiner frühesten Lebenszeit, welche durch die Sonne fürstlicher Gunst verklärt war, nachhaltigen Einfluss. Aus ihr blieb ihm ein hoher Grad von Selbstgefühl und die Neigung zur Abgeschlossenheit nach aussen eigen, wegen welcher er in späterer Zeit besonders von Frauen, da er unverheirathet blieb, als Sonderling bezeichnet wurde. Ein mit den Verhältnissen der Umgebung des Churfürsten vertrauter Privatgelehrter, der bei den Eltern Reisinger's viel im Hause war, theilt von dem Sohne mit, dass er zur Zeit des Wegzugs derselben von Coblenz siebenjährig, ein stiller, träumerisch in sich abgeschlossener Knabe war, dessen Begabung nur selten, dann aber in treffenden und witzigen Bemerkungen zu Tage trat. Er besuchte in Augsburg, dem neuen Wohnort seiner Eltern, die Elementarschulen und das Gymnasium. Im Herbst 1808 bezog er die Universität Landshut.

Unsere Alma mater war, nachdem sie Jahrhunderte hindurch in den Festungsmauern Ingolstadt's unter der Censur des Jesuitenordens ein kümmerliches Dasein gefristet hatte, in der zwischen dem raschen Alpenfluss und einer baumreichen, von der alten Burg Trausnitz gekrönten Anhöhe schön gelegenen bayerischen Herzogsstadt zu frischem jugendlichen Leben erwacht. Die Berufung einer Anzahl junger Gelehrter von Namen wie Feuerbach, Hufeland, Savigny, Roeschlaub, Tiedemann, Walther, die sich mit hervorragenden älteren Collegen wie Sailer, Schrank und Winter zu regem geistigen und freundlichem geselligen Verkehr verbanden, hatte eine stetige Zunahme der Frequenz der Studirenden, unter denen sich viele Ausländer befanden, zur Folge. In dieser Blüthezeit der Landshuter Universität begann Reisinger an derselben das Studium der Naturwissenschaften und der Medicin. Als Lehrer in den ersten ragten der Professor der Chemie und der Mineralogie Joh. Nep. Fuchs, dessen Name in der Geschichte der von ihm vertretenen Fächer wegen seiner genialen Anschauungen und seiner für die Technik wichtigen Erfindungen fortleben wird, und der Professor der Botanik Franz Schrank, der Verfasser der bayerischen

Flora und Fauna, der nach seiner Versetzung nach München den hiesigen botanischen Garten gründete, hervor. In der medicinischen Facultät glänzten durch ihre Erfolge als Lehrer und Schriftsteller der Anatom Friedrich Tiedemann und der Chirurg und Augenarzt Philipp Franz v. Walther. Beide waren in jugendlichem Alter, ersterer im 24., Walther im 22. Lebensjahre, bald nacheinander, Walther im Jahre 1804, Tiedemann im October 1805, als ordentliche Professoren nach Landshut berufen worden. Tiedemann lehrte die anatomischen Fächer und Walther Physiologie und zugleich Chirurgie und Augenheilkunde. Eine solche Cumulation von wichtigen Lehrfächern war im Anfang unseres Jahrhunderts nicht ungewöhnlich, war ja der Lehrstoff der einzelnen Disciplinen im Vergleich zu dem in der Jetztzeit durch die exacte empirisch naturwissenschaftliche Methode angewachsenen ein beschränkter. Die Beherrschung zweier so mächtiger Gebiete, wie sie v. Walther's Aufgabe war, wurde auch durch die naturphilosophische Methode, der Walther damals noch huldigte, ermöglicht. Tiedemann ward, obgleich er noch im Herbste 1804 in Würzburg Schelling's Vorlesungen über Naturphilosophie gehört hatte, durch seine zahlreichen schon gewonnenen positiven Erfahrungskenntnisse bald dieser Richtung entfremdet und hatte sich der exacten naturwissenschaftlichen Methode zugewendet, auf die er als Koryphäe der experimentellen Forschung später so grossen fördernden Einfluss übte. Durch seine Vorlesungen, die sich durch ihren streng logischen Gang auszeichneten und durch lichtvolle Demonstrationen erläutert wurden, gewann Reisinger die gründliche anatomische Bildung, von der seine Schriften zeugen. Den grössten Einfluss übte auf ihn wohl der nach dem Ausspruche seines Schülers Ringseis (Gedenkrede auf Philipp v. Walther in der Akademie der Wissenschaften zu München 1851, S. 31) damals in »jugendlicher Kraft und Schönheit blühende« Philipp von Walther aus. Ich selbst, der das Glück hatte, später ein paar Jahre zu den Füssen dieses grossen Lehrers zu sitzen, empfand den zauberischen Eindruck seiner mächtigen Persönlichkeit. Seine Begeisterung für ärztliche Wissenschaft und Kunst strömte von seinen beredten Lippen auf die Zuhörer über. Er wie mein anderer grosser Lehrer, der Anatom Ignaz Döllinger, verstand es auch in ungewöhnlichem Grade, zu selbständigem Beobachten und Denken anzuregen, — eine Aufgabe, die in allen wissenschaftlichen Fächern, besonders in der Medicin, die ganz auf Autopsie und selbständiger Erfahrung beruht, dem Lehrer am Herzen liegen muss.

Der im Jahre 1809 ausgebrochene zweite französisch-österreichische Krieg, dessen Schauplatz die nächste Umgebung von Landshut wurde, veranlasste die Errichtung mehrerer Kriegsspitäler in der Universitätsstadt. Hunderte von Verwundeten kamen in denselben, besonders in dem auf dem Schlosse Trausnitz eingerichteten Lazareth, in die Behandlung Walther's. Seine glänzenden Erfolge als Operateur waren für viele angehende Mediciner und darunter auch für Reisinger bestimmend zur Wahl der Chirurgie für ihre spätere ärztliche Laufbahn. Als Director aller Feldspitäler in der Universitätsstadt stellte er seine Schüler in denselben als Unterärzte an und gab ihnen so gute Gelegenheit zu praktischer Ausbildung. Sämmtliche Mitglieder der Facultät und 30 Studirende betheiligten sich an der Behandlung der in allen grossen Gebäuden der Stadt untergebrachten Verwundeten und Kranken, worunter zahlreiche mit Kriegstyphus sich befanden, von dem der Professor der Geburtshilfe Schmidtmüller im 33. Lebensjahre und um dieselbe Zeit 7 junge Aerzte weggerafft wurden. (F. D. Reithofer, Geschichte und Beschreibung der k. b. Ludwig-Maximilians-Universität in Landshut. Landshut 1811. S. 100.)

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Poliklinik für Kehlkopfkrankheiten des Herrn Privatdocent Dr. Schech in München.

Ueber Combination von Syphilis und Tuberculose im Larynx.

Von Dr. *Ludwig Grünwald.*

(Schluss.)

Nach all diesem müssen wir also jene nun genugsam geschilderten papillären oder vielmehr papilloiden Wucherungen der Hinterwand des Kehlkopfes als charakteristisch für die tuberculöse Erkrankung desselben ansehen und können dieselben äls ein sicheres differentialdiagnostisches Symptom betrachten. Nichtsdestoweniger ist auch hier noch einige Vorsicht geboten. Dieses Symptom hat nur einen positiven, durchaus keinen negativen Werth. So sehr häufig auch die Tuberculose ihre erste Localisation im Kehlkopfe in der oben beschriebenen Weise macht oder doch wenigstens dieselbe sogleich mit anderen verbindet, kommt es doch vor, dass eine derartige primäre Erkrankung oder Complication ganz ausbleibt oder erst in einem Stadium auftritt, wo sie einen diagnostischen Werth nicht mehr hat. Doch dies sind die seltensten Fälle.

Nicht verschweigen dürfen wir aber, dass trotz Störk's Behauptung, derartige Wucherungen kämen nie als heteroplastische vor, und trotzdem derselbe auch wohl die Syphilis bei ihrer Entstehung ausschliesst, doch ein Fall von Türck[15]) existirt, bei dem Wucherungen von einer für die Tuberculose höchst charakteristischen Form dennoch syphilitische waren: sie wichen auf eine Schmiercur und Jodkali. Bei dem ausserordentlich seltenen Vorkommen eines derartigen Fehlschlagens einer sonst so sicheren Diagnose kann man sich zuletzt noch auf die Diagnose ex juvantibus mit Sicherheit verlassen. Mit Recht sagt Michaël[16]): »Es wäre eine sonderbare Tuberculose, die auf Jodkali heilte.« Wir wollen erst später auf die sonstige Differentialdiagnostik zwischen Syphilis und Tuberculose im Kehlkopfe zurückkommen, um vorerst die Möglichkeit der Verwechslung mit anderen malignen Processen zu betrachten. Zunächst kommen hier die anderen infectiösen Granulationsgeschwülste in Ansehung: Lepra, Lupus und Rotz. Wenn alle drei auch sehr seltene Krankheiten des Kehlkopfes vorstellen, so muss doch gerade bei ihnen wegen der grossen anatomischen Aehnlichkeit auf Verwechslungen und deren Verhütung Rücksicht genommen werden.

Die Lepra könnte, wenn sie sich primär im Kehlkopfe localisirte, immerhin mit Tuberculose verwechselt werden. Galt nun auch nach Virchow[17]) im Mittelalter schon die vox rauca als untrügliches Zeichen der Lepra, so dass Hans v. Gersdorf 1526 behauptete: »Das erst zeychen ist die heyssere in der stymm und red, enge des otems«, so werden sich nach den neueren Untersuchungen von Wolff, Gibb, Schrötter und v. Ziemssen[18]) immer noch andere Zeichen von Lepra am übrigen Körper finden lassen und nur diese werden auch die Diagnose ermöglichen und sichern.[19])

Der Lupus hat in seinem Aussehen nur selten eine Gestalt, die ihn sogleich von Tuberculose[20]) oder besonders von Syphilis[21]) unterscheiden liesse. Unterscheidend sind die dem Lupus eigenthümlichen Knötchen, Complicationen mit lupösen Erkrankungen der Haut und der Verlauf.

---

[15]) l. c. Fall 145, Atlas XXII, 3.

[16]) Michaël, Diagnostik und Therapie der Lungensyphilis (S. A.).

[17]) Virchow's Archiv, Beitr. zur path. Anatomie der Lepra Arabum. Bd. 57, S. 455. 1873.

[18]) v. Ziemssen's Handbuch. Bd. IV, I. S. 339.

[19]) Gottstein, l. c. pg. 146.

[20]) Es soll hier nicht weiter auf die neuerdings aufgestellte und auch vom Verfasser angenommene Ansicht der Identität beider Processe eingegangen werden.

[21]) Störk, l. c. pg. 363. Türck, l. c. pg. 426.

Wie sehr das Bild allein zu täuschen vermag, zeigt die Abbildung Türck's[22]), die ein dem der tuberculösen Hinterwandwucherungen ausserordentlich ähnliches Ansehen bietet. Auch das bei Ziemssen[23]) pg. 336 abgezeichnete laryngoskopische Bild zeigt die grösste Aehnlichkeit mit einer beginnenden Syphilis. In diesem Falle war denn auch die Diagnose erst aus dem Verlaufe und ex juvantibus sicher zu stellen. Nicht einmal die Complication mit lupösen Erkrankungen der Haut, noch viel weniger solchen des Gaumens und Rachens[24]) vermögen immer eine bestimmte Unterscheidung von Syphilis zu geben und in gewissen Fällen, bei sehr decrepiden Individuen, wird sogar das Quecksilber und Jodkali seine therapeutische und damit auch diagnostische Wirksamkeit versagen. Dann ist der Verlauf entscheidend. Im allgemeinen gilt, dass, wozu die Syphilis Wochen braucht, der Lupus Monate und Jahre aufwendet.

Ferner dient zur Unterscheidung von gewöhnlicher Tuberculose, dass, während Narbenbildung bei tuberculösen Larynxprocessen äusserst selten ist, sie bei Lupus das gewöhnliche Vorkommen bildet[25]). Dies hängt mit der Wirksamkeit der Therapie zusammen, die, wenn man auch mit Schmidt[26]) eine noch so weit gehende Heilbarkeit der Larynxtuberculose annimmt, doch von der bei Lupus bei weitem übertroffen wird, wenn es wohl auch nur in den seltensten Fällen gelingen wird, bei letzterem eine Radicalheilung zu erzielen.

Der Rotz endlich ist als laryngeale Erkrankung beim Menschen noch zu wenig beobachtet, als dass sich eine Diagnose anders als aus der Allgemeinerkrankung ableiten liesse; ja, ohne solche wird die Larynxerkrankung auch niemals diagnosticirt werden dürfen.

Die schweren Affectionen des Kehlkopfes und anliegender Theile, wie sie infolge acuter Infectionskrankheiten, Typhus und Blattern, seltener Masern, Scharlach und Erysipel[27]) auftreten, werden, abgesehen von anatomischen Verschiedenheiten, leicht aus Anamnese oder Beobachtung auf ihre Aetiologie zurückgeführt werden können, ebenso die traumatischen Ernährungsstörungen.

Nicht so leicht sind maligne Neubildungen, sogar noch bevor sie zu Destructionen geführt haben, als solche zu charakterisiren. Das Sarcom ist sehr selten. Seine Diagnose wird definitiv nur durch Exstirpation und mikroskopische Untersuchung eines Theiles der Geschwulst zu stellen sein.

Das Carcinom, als verhältnissmässig häufige Neubildung, kann, wenn man nicht auch hier die mikroskopische Untersuchung anwendet, immerhin einmal zur Verwechslung mit Syphilis oder Tuberculose führen. Wir sahen einen Fall von Carcinom, der einem gleichzeitig in Behandlung befindlichen von Tuberculose durchaus ähnlich sah, nur dass letzterer ausserdem die charakteristischen Granulationen der Hinterwand darbot. Es war dies ein Fall von Laryngitis hypoglottica (Chorditis vocalis inferior) chronica, bei dem die Diagnose später noch durch die Section bestätigt wurde und den ich in Fig. I. abgebildet habe. Jenes Carcinom bot ein bis auf die Hinterwandzacken ganz gleiches Bild einer graulich-verfärbten Hervorragung unter beiden Stimmbandrändern und konnte als solches nur durch die mikroskopische Untersuchung eines von Hrn. Dr. Schech excidirten Stückes festgestellt werden. —

Nachdem wir so die tuberculösen und syphilitischen Processe des Kehlkopfes von anderen destructiven Vorgängen isolirt haben, erübrigt es noch, beide von einander zu sondern. In der Mehrzahl der Fälle wird dies in der That durch das blosse laryngoskopische Bild allein gelingen. Immerhin bleiben doch eine Anzahl Fälle übrig, in denen die Diagnose ex juvantibus und zwar hier noch mit allen Cautelen gestellt werden muss, eine weitere Anzahl, in denen auch diese im Stich lässt und der Verlauf allein massgebend ist. Der letztere ist überhaupt, wie dies auch Pancritius[28]) im Anschluss an Virchow betont, das wichtigste Unterscheidungsmerkmal zwischen Phthisis tuberculosa und syphilitica. Kann doch sogar, wie wir gesehen haben, jenes sonst fast untrügliche Merkmal, die eigenthümliche Erkrankung der Regio interarytaenoidea, einmal täuschen.

Der Lieblingssitz der Syphilis ist die Epiglottis und zwar an ihrer Zungenfläche, wie sich dies aus dem zumeist vorkommenden Uebergreifen der Erkrankung vom Rachen aus erklärt[29]), während die Tuberculose äusserst selten die Epiglottis, zumal primär, befällt und dann, entsprechend ihrem meist pulmonalen[30]) Ursprung die laryngeale Fläche vorzieht. Ausserdem hat die Tuberculose eine Tendenz, in ihrer Umgebung secundäre Wucherungen anzuregen, wie dieselben schon Rokitansky aufgefallen waren und von ihm beschrieben wurden, während die Syphilis fass nur Abrasionen, äusserst selten Neubildungen, erzeugt. Es können Verdickungen, besonders der Epiglottis und manchmal auch an den Aryknorpeln eine derartige Wucherung vortäuschen, doch sind dies dann nur Wulstungen im übrigen normal gebliebener Theile durch Narbenzug oder Hervorragung verschonter Partikel aus dem übrigen Felde der Zerstörung. Diese leicht sichtbaren Narben aber sind in der That ein sicheres Kriterium der Syphilis. Findet man Narben und zugleich fortschreitende Destruction in einem Kehlkopfe, bei dem nach Ausschluss alles übrigen die Diagnose nur zwischen Tuberculose und Syphilis schwankt, so ist die Entscheidung für die letztere gesichert[31]), da trotz Milchsäure und anderer Specifica Heilungen tiefergehender tuberculöser Ulcera immer noch zu den grössten Raritäten gehören. Anders verhält es sich aber in den Fällen combinirter Luës und Tuberculose des Kehlkopfes. Die papilloide Erkrankung der Hinterwand ist trotz jenes einen Falles von Türck eine für Tuberculose so charakteristische, dass man mit Störk, Schech und Gottstein jeden Kranken, bei dem man dieselbe ausgesprochen findet, für tuberculös erklären muss. Niemals, wenn Syphilis einmal derartige Wucherungen vortäuschen sollte, zeigen dieselben, wie dies bei der vorzugsweise destructiven Natur der Syphilis leicht erklärlich ist, längeren Bestand oder gar fortschreitendes Wachsthum. Da nun auch Gottstein[32]) Geschwüre, die die obere Seite der Epiglottis einnehmen, unbedingt für syphilitisch erklärt, so kommen wir damit zu einem sicheren Anhaltspunkte für die Diagnose gleichzeitiger oder bald aufeinander folgender tuberculöser und syphilitischer Processe im Kehlkopf:

Findet man in einem Kehlkopfe neben deutlichen, womöglich strahligen Narben fortschreitende Destruction, namentlich auf der Zungenfläche des Kehldeckels, findet man ausserdem papilloide oder auch grössere Tumoren der Hinterwand, welche eine Tendenz zum Wachsthum zeigen, eventuell nach der Entfernung sich erneuern, so ist die Diagnose combinirter Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfes gesichert.

22) Türck, Atlas. Tf. XXI, Fig. 1.
23) l. c.
24) Türck, l. c. pg. 426.
25) Gottstein, l. c. pg. 144.
26) M. Schmidt, l. c.
27) Gottstein, l. c. pg. 251. Massei, über das primäre Erysipel des Kehlkopfes, übers. von Meyer, Berlin 1886.
28) Pancritius, l. c. p. 23.
29) Störk, l. c. pg. 347.
30) Louis, Recherches anat., patholog. et thérapeutiques sur la phthisie. Paris 1843.
31) Schech, Münchener Aerztl. Intelligenzbl. 41, 42, 1880.
32) Gottstein, l. c. pg. 237.

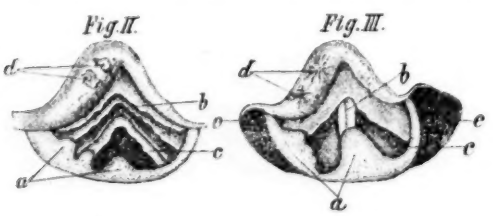
Nach dieser Feststellung erlaube ich mir die von mir beobachteten Fälle folgen zu lassen.

1) Luëtische Infection vor 15 Jahren. Luës der Haut und des Periostes, später des Larynx. Im Anschluss Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen.

J. D., Taglöhner, 38 Jahre alt.

Der Vater ist an einer chronischen Lungenkrankheit gestorben, ebenso 4 Brüder desselben. Ein Bruder des Patienten ist an unbekannter Krankheit gestorben. Patient wurde im Jahre 1873 beim Militär syphilitisch inficirt. Im Jahre 1877 traten die ersten schwereren Symptome in Gestalt von Dolores osteocopi und tophi an den Schienbeinen auf. Im selben Jahre traten, nachdem er eine Schmiercur extern durchgemacht und Bäder genommen hatte, Hautausschläge auf, die nach seiner Beschreibung als papulöses Exanthem zu charakterisiren sind und in Ulceration übergingen Im Winter 1879—80 bekam er eine grössere Menge Hautgummata am Fuss und auf dem Rücken. Von letzteren speciell rühren ausgedehnte Narben mit strahligen Conturen auf der rechten Schulter und Scapula her. Im Jahre 1881 bekam er Ulcera in der Nase, die er, durch vielfache Curen erfahren, selbst mit Jodkali innerlich behandelte und zur Heilung brachte. Im Jahre 1883 erkrankte er zum ersten Male an Syphilis des Larynx, während er schon seit Jugend häufig an leichteren Affectionen desselben zu leiden hatte. Dieselbe manifestirte sich durch Ulcera auf der Rückfläche der Epiglottis und an den Stimmbändern; hierbei kam er zum ersten Mal in Beobachtung der Abtheilung für Hals- und Nasenkranke der hiesigen Poliklinik. Während unter localer Behandlung und innerlicher mit Jodkali die Geschwüre heilten, dafür aber neue auftraten, zeigte sich zum ersten Male im Jahre 1885 eine Affection der Hinterwand und zwar in Form kleiner Tumoren, die in das Lumen der Glottis hineinragten und ein tieferliegendes kraterförmiges Geschwür theilweise verbargen. Pat. nahm fortgesetzt Jodkali. Während das Geschwür an der Epiglottis, welches, da es eine ulcerirte Verwölbung darstellte, als zerfallenes Gumma anzusprechen war, langsam verheilte, wuchsen die Hervorwölbungen zwischen den Aryknorpeln immer mehr, der Kranke fing jetzt an, an Brennen im Halse und Husten zu leiden, die Taschenbänder exulcerirten ebenfalls.

Im März 1886 untersuchte ich ihn zum ersten Mal und fand das in Fig. II wiedergegebene Bild einer entsetzlichen Destruction. Noch waren Geschwüre (d) auf der Epiglottis. Die Tumoren der Hinterwand (a) zeigten sich als sehr blasse, etwas durchscheinende Vorwölbungen, waren aber nicht so deutlich, als sie später bei zunehmendem Wachsthum wurden. Die Glottis zeigte sich als eine von einer Reihe coulissenartiger Vorsprünge (b, c) begrenzte Bucht, Vorsprüngen, die sich nur mit Mühe als Stimmbänder (c) und Taschenbänder (b) unterscheiden liessen. Der Kehlkopfeingang war durch die Tumoren (a) und jene ödematösen Leisten stark verengt, so dass mehrmals kleinere Stücke von den rechts gelegenen Zacken der Hinterwand excidirt werden mussten. Während Patient fortgesetzt



Jodkali gebrauchte und local Mandl'sche Solution angewandt wurde, heilten die noch vorhandenen Ulcera, die Zacken (Fig. III, a) wuchsen aber immer mehr, so dass wegen zunehmender Dyspnoë, die bei Betrachtung des Bildes, welches am 17. October 1886 aufgenommen ist, leicht erklärlich ist, auch der links gelegene grosse Zacken galvanocaustisch abgetragen wurde. Bis dahin musste die Diagnose einer combinirten Erkrankung allein aus dem Larynxbefunde auf Grund der schon oben ausgeführten Betrachtuugen gestellt werden. Am 17. December desselben Jahres jedoch zeigte die rechte Lungenspitze gedämpften Percussionsschall und verschärftes Athmen, am 14. Januar 1887 war die Dämpfung vollkommen geworden und Bronchialathmen hörbar. Im Kehlkopf ist der Befund fast immer der gleiche: Narben mit Retraction an Stelle der früheren Geschwüre, die Hinterwand zeigt jedoch in geringem Grade schon wieder Zunahme der Erkrankung.

2) Alte Luës im Pharynx und am weichen Gaumen. Luëtische Ulcera auf der Epiglottis. Tuberculöse Wucherungen an der Hinterwand des Larynx.

A. P., Marktschreiber in T., 39 Jahre alt.

P. kam im November 1883, nachdem er schon ein Jahr leidend gewesen war, zu einem Arzte seiner Heimath, Herrn Dr. B., um ihn wegen Schlingbeschwerden und Schmerzen im Rachen zu consultiren. Es fanden sich auf der Uvula und am Gaumenbogen eine Anzahl flacher, unreiner Geschwüre mit unregelmässigen Rändern. Diese wurden mit Arg. nitricum und Sublimat gepinselt, ohne zu heilen. Als nun neue am weichen Gaumen auftauchten, entstand der Verdacht auf Luës, obgleich P. eine Infection leugnete, und Jodkali brachte in der That in kurzer Zeit sämmtliche Geschwüre zur Heilung. Ebenso vernarbte ein im Februar 1884 aufgetretenes Recidiv.

Im Juni 1885 litt P. an einem heftigen Bronchialkatarrh nebst einer leichten Pleuritis, die aber in 14 Tagen abliefen.

Im August 1885 erkrankte P. an allabendlichem Fieber und Schmerzen im Kehlkopf; keine Heiserkeit, kein Husten, jedoch leichte Schlingbeschwerden, besonders beim Genuss von Flüssigkeiten.

Es wurde Chinin und Jodkali gegeben und hierdurch die Beschwerden behoben.

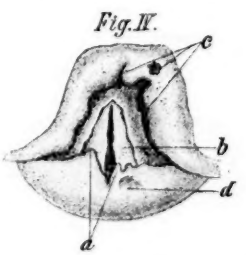
Im September desselben Jahres bestand ausser einer Angina tonsillaris ausserordentlich heftiger Husten mit Schmerzen im Kehlkopfe und »Erscheinungen von Glottiskrampf«.

Im December war P. bei vollständiger Heiserkeit sehr abgemagert und appetitlos geworden.

Damals wandte er sich nun zum ersten Male an die hiesige Poliklinik.

Am 29. December 1885 stellte sich P. vor. Den damaligen Befund bildeten seichte, über die ganze Fläche der Epiglottis vertheilte Geschwüre und ein tiefes Geschwür unter dem rechten Aryknorpel mit vielfachen gezackten Wucherungen über demselben. Auf Grund des letzteren Befundes und da die Anamnese damals noch nicht bekannt war, wurde die Diagnose auf Tuberculose gestellt und eine dementsprechende Behandlung in seiner Heimath veranlasst.

Nach kurzer Besserung verschlechterte sich der Zustand des P. wieder und am 11. April 1886 kam er neuerdings in die hiesige Poliklinik, nun aber bot seine Kehlkopferkrankung ein durchaus anderes Bild. Der Rand des Kehldeckels war mehrfach durch Geschwüre (c) tief eingekerbt, die Taschenbänder und Stimmbänder exulcerirt und auf der Hinterwand erhob sich nebst mehreren anderen ein an der Spitze flottirender Tumor, Veränderungen, die Fig. IV zeigt. In dieser Verfassung bekam ich P. zum ersten Mal zu Gesicht. Da erhebliche Dyspnoë bestand, wurde der flottirende Tumor galvanokaustisch abgetragen. Der Status präsens des P. war damals folgender:

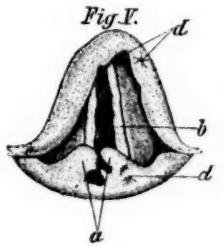


Auf der hinteren Pharynxwand eine streifige, nach unten etwas strahlige Narbe. Im Kehlkopfe das schon angeführte Bild. Thorax wohlgebaut. Percussion und Auscultation ergeben negatives Resultat. In der Leistenbeuge sind geschwollene Drüsen zu fühlen. Der Gesammtzustand des P. erscheint ziemlich reducirt. War im Vorjahre die Diagnose auf tuberculöse Laryngitis, so musste nun auch eine solche auf syphilitische Erkrankung gestellt werden. War die Hinterwand-Affection nur auf erstere Weise zu erklären, so konnte in Anbetracht jener Narbe und der charakteristischen Betheiligung der Epiglottis die syphilitische Natur eines Theiles der beobachteten Erschei-

nungen nicht geleugnet werden. Die uns hierauf erst bekannt gewordene Anamnese, wie sie oben mitgetheilt worden, sowie der weitere Verlauf bestätigten die Vermuthung einer combinirten Erkrankung.

P. erhielt Sublimat in Pillen und stellte sich im Juni wieder vor. Jetzt waren die oben beschriebenen Ulcera der Epiglottis und der wahren und falschen Stimmbänder nahezu geheilt, die Wucherungen der Hinterwand dagegen hatten wieder an Grösse zugenommen. Es wurde nun Jodkali verordnet und am 4. October, als P. neuerlich sich mit wieder stärker gewordener Dyspnoë meldete, bot sich das Bild der Fig. V dar. Sämmtliche Ulcera waren mit strahligen Narben (d) verheilt, die Zacken an den Aryknorpeln (a) dagegen waren so vergrössert, dass sie nicht bloss erhebliche Dyspnoë verursachten, sondern auch die Iuxtaposition der Stimmbänder (b) (das Bild ist bei versuchter Phonation aufgenommen) vollkommen verhinderten, indem sie bei dem Versuche gegeneinander gepresst wurden. Der rechts sitzende Zacken wurde abgetragen. Der progrediente Charakter der Hinterwanderkrankung musste, während die specifische Behandlung auf die übrigen Affectionen prompt heilend einwirkte, die Diagnose der Tuberculose als sicher erscheinen lassen, abgesehen von dem anatomisch charakteristischen Verhalten, das auch bei der histologischen Untersuchung, deren Resultate oben mitgetheilt sind, den gewöhnlichen Befund tuberculöser Randgranulationen zeigte. Eine Lungenerkrankung konnte zwar auch jetzt noch nicht nachgewiesen werden, hätte aber nur zur Unterstützung der Diagnose mitgewirkt, ohne zur Aufstellung derselben durchaus nothwendig zu sein. — Seitdem ist P. nicht weiter zur Beobachtung gekommen.

Fig V.



3) Alte Luës der Haut. Syphilitisches Ulcus an der Epiglottis. Beginnende Tuberculosis der Kehlkopfhinterwand und der Lungenspitzen.

H. F., Zuschneider, 35 Jahre alt, aus G.

F. kam am 13. Juli 1886 in die hiesige Poliklinik. Er gab sogleich an, in Graz und anderweitig schon längere Zeit wegen Syphilis in Behandlung gewesen zu sein. In der That hatte er auf der Brust mehrere offenbar von gummösen Geschwüren herrührende strahlige Narben. Seit längerer Zeit litt er auch am Kehlkopf. Bei der laryngoskopischen Besichtigung fiel ausser einem kleinen scharfrandigen Geschwür am Petiolus der Epiglottis eine kleine Zacke der Hinterwand auf. P. erhielt innerlich Calomel zu 0,1 zweimal täglich und ausserdem wurde besagtes Geschwür geätzt. Während letzteres unter dieser Behandlung heilte, zeigte sich dagegen in den nächsten 14 Tagen ein rapides Wachsthum und Vermehrung jener Zacken, so dass binnen kurzem sich das typische Bild der tuberculösen Mesoarytaenoiditis darbot. Da ausserdem noch eine Dämpfung auf der rechten Lungenspitze bestand, konnte auch hier die Diagnose auf combinirte Luës und Tuberculose gestellt werden. Leider entzog sich F. einer weiteren Beobachtung.

Dies sind in kurzen Zügen die Bilder der mir zu Gesicht gekommenen Fälle. Dieselben legen die Vermuthung nahe, dass combinirte Erkrankungen der beschriebenen Art nicht so sehr selten sein mögen und vielleicht mancher Fall, in dem die Diagnose zwischen Luës und Tuberculose schwankte, beiden angehören mag. Zur Klärung solcher Fälle würde die Kenntniss von ihrem Vorkommen und eine längere Beobachtung gehören. Von Schnitzler sind auch vor kurzem hierhergehörige Mittheilungen gemacht worden[33]). Während aber Schnitzler mehr für eine Umwandlung syphilitischer Geschwüre in tuberculöse plaidirt, zeigen unsere Fälle ein Nebeneinanderbestehen beider Erkrankungen schon in einem frühen Stadium und deutliche Unterscheidbarkeit beider Processe, wobei die Tuberculose sich nicht sowohl durch die Geschwürsbildung charakterisirte, als vielmehr durch den Wucherungen anregenden Reiz. Auf letzteren möchten wir auch weiterhin das Hauptgewicht legen.

In der That mögen die sogenannten Mischinfectionen sich bald in dieser, bald in jener Form repräsentiren. Eine durch welche Infection immer gesetzte Verletzung der normalen Deckorgane wird gerade so wie eine traumatische Läsion Gelegenheit zu neuer Invasion anderweitiger Keime zu bieten vermögen, es wird sich also zwar nicht ein syphilitisches Geschwür, wohl aber ein nach syphilitischem Zerfall zurückgebliebenes indifferentes Geschwür in ein tuberculöses verwandeln können. Andererseits wird ein durch eine vorhergehende Infection mit irgend einem Krankheitserreger geschwächter Körper leichter einer neuen Infection zugänglich sein als ein gesunder und so die eine Invasion für die andere disponiren können. Unsere Fälle, die ein Nebeneinanderbestehen zweier ätiologisch verschiedener Krankheitsprocesse zeigen, werden zu den letzteren zu rechnen sein. Solche Mischinfectionen, wie sie bei acuten Krankheiten sehr häufig beobachtet werden können[34]), mögen bei chronischen wohl auch häufig genug sein, ohne bei dem längeren zeitlichen Auseinanderliegen der Infectionstermine immer eine sichere Diagnose zu ermöglichen.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Hrn. Prof. Dr. Bollinger für die Erlaubniss zur Benützung der zu vorstehender Arbeit benöthigten Leichen, ferner Hrn. Privatdocenten Dr. Schech für die freundliche Ueberlassung des Materials der Abtheilung für Hals- und Nasenkranke an der hiesigen Poliklinik, endlich Hrn. Privatdocenten Dr. C. Seitz für die gütige Unterstützung bei Vornahme der mikroskopischen Untersuchungen hiemit meinen besten Dank auszusprechen.

Feuilleton.

Aus dem Sterbecassaverein der Aerzte Bayerns.

Von Dr. *E. Daxenberger.*

Mit grösster Genugthuung und Zufriedenheit können wir auf die neue Entwicklungsperiode des Sterbekassevereins zurückblicken. Der hochzuschätzenden Gewogenheit der obersten Medicinalbehörden sowie der thatkräftigen Mitwirkung der Kreiscassiere und ärztlichen Bezirksvereine hat derselbe auch heuer wieder einen bedeutenden Aufschwung zu verdanken. Im Jahre 1887 traten bis jetzt 65 neue, meistens in ganz jungen Lebensjahren stehende Collegen bei und zählt der Verein im Ganzen 414 Mitglieder. Mit Zurechnung der noch wenigen ausständigen Mitgliederbeiträge ist der Activstand des gesammten Vereinsvermögens über 10700 M., aus welcher Summe allerdings die heuer noch anfallenden Auszahlungen für Sterbefälle zu leisten sind. Für dieses Jahr haben wir bis jetzt nur einen Todesfall zu verzeichnen.

Erfreuliches Interesse am Verein wurde auch dadurch bewiesen, dass Vorschläge über Verbesserungen im Innern desselben vorgelegt wurden. Besonders wurde der Wunsch geäussert, den Verein auf mathematischer Grundlage aufzubauen. Was nun eine Aenderung der Statuten in dem Sinne betrifft, die Einzahlungen der Mitglieder nach einer ihrem Lebensalter entsprechenden, mathematisch auszurechnenden Quote umzuändern, so möchte davor dringend abzurathen sein und zwar aus folgenden Gründen:

1) ist der Sterbecassaverein ein schon seit dem Jahre 1864 bestehender und hat daher Mitglieder aus allen Altersklassen, welche von den jüngst Aufgenommenen bis zu den seit Gründung des Vereins Betheiligten die verschiedensten Summen bereits einbezahlt haben und dürfte deshalb eine Umrechnung ihrer künftighin treffenden Quote auf grosse Schwierigkeiten stossen.

[33]) Schnitzler, Ueber Combination von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfes und die Umwandlung syphilitischer Geschwüre in tuberculöse. Internat. klin. Rundschau, 1887, Nr. 3 und 8.

[34]) Roth, Ueber Mischinfectionen. D. Med. Woch. 1886, Nr. 51.

2) würden die Kreiscassiere, welche einen nicht unbedeutenden Aufwand von Mühe und Zeit in collegialster Weise dem Verein widmen, bei der durch verschiedenartige Einzahlungen complicirteren Buchführung nur noch mehr mit Arbeit belastet. Aber auch die bisherige einfache Geschäftsführung des ganzen Vereins würde dadurch wesentlich erschwert werden.

3) Da es sich aber bei der nur einmal auszuzahlenden Quote von 200 Mk. überhaupt nur um einen geringen Jahresbeitrag handelt, so ist auch der Unterschied des Betrags, welcher sich aus der mathematischen Berechnung des Alters der Mitglieder ergiebt, nicht bedeutend und würde die berechnete Zahlungsquote wenig von der bisherigen Leistung von 10 Mk. differiren. Auf den Stand des Vereinsvermögens wäre diese Abänderung ohne wesentlichen Belang. Der Einzelne aber kann und soll sich durch eine mögliche unbedeutende Mehrzahlung nicht vom Eintritt in einen collegialen Verein abhalten lassen. Nur muss freilich eine entsprechende Gegenleistung von Seite des Vereins zu frühzeitiger Betheiligung an demselben Interesse und Anregung geben.

Nun ist aber allerdings nicht zu leugnen, dass gegenwärtig zwischen den Einzahlungen der Mitglieder und der Gegenleistung des Vereins kein befriedigendes Verhältniss besteht und dass eine baldige Aenderung dieses Zustandes sehr zu wünschen ist. Nur soll dieselbe möglichst einfach sein, nicht störend in die bestehenden Einrichtungen eingreifen und doch allen berechtigten Ansprüchen genügen.

Bei meiner Umschau über die Verhältnisse anderer Sterbecassavereine traf ich nunmehr einen, der in ausserordentlich vielen und den wichtigsten Punkten mit unserem ärztlichen Sterbecassaverein übereinstimmt, bereits 31 Jahre besteht und sich in einer so vorzüglichen finanziellen Lage befindet, wie ich dieselbe unserem Verein nur wünschen kann.

Es ist das der Leichenverein der städtischen Bediensteten Münchens, welcher im Jahre 1857 ins Leben trat.

Es mögen hier kurz die Grundzüge angegeben werden, nach welchen der Verein angelegt wurde. Es ist der Werth derselben um so höher zu beurtheilen, als die Statuten von den rechnungsbeflissenen Beamten der Stadt, also von Sachverständigen, aufgestellt wurden.

Als rechnerische Grundlage wurde angenommen, dass jedes Mitglied beim Eintritte 30 kr. (jetzt 1 M.) und einen gleichen Beitrag bei jedem Todesfalle zu entrichten habe. Als Vereinsleistung wurden 171 Mk. (100 fl.) festgesetzt. Bei Gründung des Vereins waren es 288, jetzt sind es 466 Mitglieder.

Die Richtigkeit des angewandten, sehr einfachen Calculs bestätigte sich von Anfang an. Die jährlichen Ersparnisse übertrafen die Ausgaben bedeutend und war es schon nach sechs Jahren möglich, die Vereinsleistung zu erhöhen. Nunmehr wurden je nach der Anzahl der Beiträge, die der Verstorbene geleistet, Klassen gebildet und konnten bei jeder, alle 3 Jahre abgelaufenen Finanzperiode die auf die einzelnen Klassen gesetzten Prämien erhöht werden. Nach 28 Jahren war es bereits möglich, ausser der nunmehr von 100 fl. auf 200 M. aufgerundeten fixen Quote noch sämmtliche geleistete Einzahlungen zurückgegeben, womit die vorher genannte Klasseneintheilung selbstverständlich wegfiel.

Im Jahre 1887 wurde der erwähnte fixe Auszahlungsbetrag von 200 Mk. auf 400 Mk. erhöht, so dass gegenwärtig durchschnittlich für den Sterbefall 569 M. bezahlt werden. Trotzdem beträgt das Vereinsvermögen zur Zeit 37000 M. und ist stets im Wachsen begriffen.

Dieser nach Mitgetheiltem so ausserordentlich leistungsfähige Verein zeigt in der Anlage der Statuten grosse Aehnlichkeit mit unserem Sterbecassaverein:

Die Mitglieder werden in beiden Vereinen in jedem Lebensalter aufgenommen. Untersuchungen über Gesundheitsverhältnisse fallen weg. (Wir haben sogar ausserdem eine wohl erprobte 4jährige Carenzzeit, nach deren Ablauf erst Ansprüche auf volle Auszahlung gemacht werden können.) Sämmtliche Mitglieder haben ohne Unterscheidung, ob sie in jüngeren oder späteren Jahren beigetreten sind, die gleiche Vereinsleistung zu bestreiten. Ebenso ist die dem Calcul zu Grunde liegende Auszahlungsquote in beiden Vereinen die gleiche = 200 M.

Der bei der geregelten Verwaltung des städtischen Leichenvereins sich ergebende Ueberschuss der Cassa wird im Interesse der Relicten verwendet, eine Bestimmung, die wir getreulich nachahmen können, je nachdem es unser Vermögensstand gestattet.

Ein Unterschied liegt nur in den Einzahlungsverhältnissen. Statt eines zu leistenden Beitrags bei jedem Todesfalle ist bei uns ein bestimmter Jahresbeitrag festgesetzt, da erstere Form der Gelderhebung auf ungeheure Schwierigkeiten stossen würde. Da aber beim städtischen Leichenverein der Methode der Einzahlung nur der einzige Calcul zu Grunde liegt, dass die Vereinsleistung kleiner sei als die Summe der für den Todesfall einzucassirenden Beträge, so ist auch bei unserem Vereine nur zu untersuchen, ob auch hier ein jährlicher Ueberschuss über die fälligen Auszahlungen wahrscheinlich ist.

Im städtischen Leichenverein ergab sich nun nach 28 jähriger Erfahrung ein durchschnittlicher Procentansatz von 2,8 Proc. Sterbefälle [1]). Wenn man nun nicht geneigt ist anzunehmen, dass der ärztliche Stand gegenüber Beamten ein bedeutend grösseres Mortalitäts-Verhältniss stellt, so würden bei den gegenwärtigen 414 Mitgliedern jährlich 12 Todesfälle treffen.

Da nun 414 Mitglieder bezahlen	4140 M. — pf.
12 Todesfälle dem Vereine Ausgaben verursachen	2400 » — »
so bleibt Ueberschuss für den Verein im Jahre .	1740 M. — pf.

Um aber die ganze Jahreseinnahme der Mitgliederbeiträge von 4140 M. für Auszahlungen bei uns zu verbrauchen, müssten jedes Jahr fast 21 Todesfälle treffen, eine Zahl, die beweiswiegend zu hoch ist, da hienach in 20 Jahren sämmtliche jetzigen Mitglieder gestorben sein müssten.

Ausnahmsweise, vorübergehend können wir natürlich Jahre mit höherem Sterblichkeitsverluste haben. Auch der städtische Leichenverein hatte in einigen Finanzperioden 4—5 Proc. Todesfälle.

Im Allgemeinen ist aber auch bei uns ein Ueberschuss über die Ausgaben sicher zu erwarten. Auch bei uns steht zu hoffen, dass wir bald in der Lage sein werden, unsere Vereinsleistung zu erhöhen, wenn wir die Erfahrungen des städtischen Vereines befolgen.

Nach diesen Auseinandersetzungen würden sich die Vorschläge für eine weitere günstige Entwicklung des Sterbecassavereines der Aerzte Bayerns kurz in folgender Weise zusammenfassen lassen:

1) Die bisherigen Einzahlungsmodalitäten bleiben unverändert beibehalten.

2) Der Eintritt in den Verein ist nur bis zum — (45.?) Lebensalter zulässig.[2])

3) Die nach § 4 I. der Statuten getroffene Anordnung, dass bei einem Stande von über 600 Mitgliedern beim Todesfalle 300 M. bezahlt werden müssen, fällt ganz weg; und bleibt als Basis der Vereinsleistung unter allen Umständen die Auszahlungsquote von 200 M.

4) Dagegen wird bei der regelmässig alle 3 Jahre zusammentretenden Generalversammlung durch einen Sachverständigen eine genaue Berechnung des Vereinsvermögens vorgenommen und je nach dem Stande desselben eine Prämie nach Zahl der im Vereine geleisteten Jahresbeiträge bestimmt. Als anzustrebendes Ziel ist zu betrachten, sämmtliche geleistete Beiträge des verstorbenen Mitgliedes plus der fixirten Quote von 200 M. an die Relikten auszahlen zu können.

Mit diesen sehr leicht durchzuführenden Verbesserungen würden sämmtliche bestehende Ungleichheiten im Innern des Vereines beseitigt. Der Verein erhielte eine mathematische Grundlage, deren Schwerpunkt sich auf die Auszahlungen verlegt.

Dadurch würde es jedem jungen Collegen im Interesse seiner Relicten wünschenswerth erscheinen, früh beizutreten und wäre derselbe in keiner Weise vor dem in späteren Jahren

[1]) Es starben in demselben innerhalb 28 Jahren 254; durchschnittlich im Jahre 9 bei einem mittleren Stande von 322 Mitgliedern.

[2]) Die bisherige statutenmässige Bestimmung, den Eintritt in den Verein bis zum 65. Lebensjahre zu gestatten, ist absolut unhaltbar.

Eintretenden geschädigt, da die Ansprüche an die Vereinscasse um so grösser werden, je länger der Betreffende Mitglied des Vereines war.

Je zahlreicher aber die Beitritte in den Verein erfolgen, um so grösser wird der Vermögensstand desselben und um so eher wird es ermöglicht werden, die Vereinsleistung in entsprechender und befriedigender Weise zu erhöhen.

Indem ich diese Vorschläge der Oeffentlichkeit unterbreite, ersuche ich die hochverehrten Herren Collegen, dieselben prüfen zu wollen und ihre Ansichten hierüber entweder in diesem Blatte oder mir persönlich mitzutheilen, damit in der nächsten Generalversammlung diese Angelegenheit endgiltig entschieden werden könnte.

Referate und Bücher-Anzeigen.

R. Stintzing und E. Graeber: Der elektrophysiologische Leitungswiderstand des menschlichen Körpers und seine Bedeutung für die Electrodiagnostik. (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1886.)

Gustav Gärtner: Beiträge zur elektrodiagnostischen Methodik. (Wiener medicin. Jahrbücher 1886. 9. Heft.)

Stintzing und Graeber. (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1887.)

Martius: Experimentelle Untersuchungen zur Elektrodiagnostik. (Archiv für Psychiatrie. Bd. 18, Heft 2.)

S. und G. machten es sich zur Aufgabe, die Bedeutung des Leitungswiderstandes für elektrodiagnostische Untersuchungen festzustellen und unternahmen zur Lösung dieser Frage eine Reihe von Untersuchungen darüber, welche Veränderungen des Leitungswiderstandes des menschlichen Körpers durch galvanische und faradische Ströme erleide und wie die Stromstärke sich gegenüber dieser Widerstandsveränderung verhalte.

Das Hauptergebniss dieser Forschung war der Nachweis, dass der Leitungswiderstand des menschlichen Körpers durch die Einwirkung das galvanischen Stromes eine mit der Stromstärke zunehmende Verminderung erfährt, während der Einfluss des faradischen Stromes auf den Leitungswiderstand sich nur bei grosser Stromintensität bemerkbar macht. Dauernde Einleitung schwacher galvanischer Ströme hat eine Anfangs rapide, später sehr langsam zunehmende, aber stundenlang anhaltende Widerstandsherabsetzung zur Folge, während die Stromstärke ansteigt; dies Anwachsen der Stromintensität erfolgt aber so langsam, dass der Strom während der zur Ablesung des Edelmann'schen Galvanometers nothwendigen Zeit als constant betrachtet werden muss, und haben daher die Widerstandsschwankungen für elektrodiagnostische Untersuchungen keinerlei Bedeutung. Arbeitet man mit stärkeren Strömen, so ist der bestimmbare Anfangswiderstand um so geringer; um so schneller wird ferner eine relative Constanz im Leitungswiderstand erreicht; auch bei kurzen Stromschliessungen, wie sie bei den elektrodiagnostischen Untersuchungen Anwendung finden, wird die relative Constanz schnell erreicht, wenn man mit Strömen von mittlerer und grosser Intensität arbeitet.

Durch schwache Inductionsströme findet eine Herabsetzung des Leitungswiderstandes nicht statt und auch die Beeinflussung des L. W. durch starke faradische Ströme steht hinter der durch selbst schwächste galvanische Ströme so weit zurück, dass der Leitungswiderstand für farado-diagnostische Untersuchungen unberücksichtigt bleiben kann. Diese Resultate wurden zum grossen Theil mit zu diesem Zwecke besonders construirten unpolarisirbaren Elektroden gewonnen, behalten aber im Wesentlichen ihre volle Giltigkeit auch bei Anwendung gewöhnlicher Untersuchungselektroden.

Was die von den Verfassern angewandten Methoden betrifft, so sei auf das Original verwiesen; hier sei nur erwähnt, dass das Edelmann'sche Galvanometer sich zur Ausführung derartiger Bestimmungen als unzulänglich erwies; die Verfasser bedienten sich daher zu allen Messungen einer Wheatstone'schen Brücke und eines Rosenthal'schen Spiegelgalvanometers mit Fernrohrablesung.

Gärtner's Arbeit besteht zum grössten Theile aus einer gegen obige Arbeit Stintzing's und Graeber's gerichteten Polemik, welcher diese Verfasser in einer Erwiderung im d. Arch. f. klin. Medicin entgegentreten.

Martius unterzog die Angaben Charcot's (cf. diese Zeitschrift p. 263) resp. dessen Schüler Romain Vigoureux's, dass der Leitungswiderstand der an Morbus Basedowii leidenden Kranken verringert sei, einer näheren Prüfung und kommt dabei zu dem Ergebniss, dass der absolut niederste Widerstand bei derartigen Kranken von dem bei gesunden Menschen gefundenen in keiner irgendwie diagnostisch verwerthbaren Weise abweiche. Dagegen liegen die relativen Widerstandsminima beim Morbus Basedowii bedeutend tiefer als bei Gesunden, so dass z. B. bei den Kranken der Leitungswiderstand bei 10 Elementen zwischen 2600—1600 Ohm betrug, während bei den Gesunden die Widerstandsminima bei 10 Elementen zwischen 20,000 und 6000 schwankten und nur einmal unter diese Zahl sanken. Mit anderen Worten, bei den Basedow'schen Kranken genügt eine viel geringere elektromotorische Kraft, um die Hautwiderstände auf ihr absolut niedrigstes Maass herabzudrücken. Da aber auch bei ganz gesunden Personen ein derartiges Verhalten beobachtet wird, so sinkt der differential diagnostische Werth desselben sehr herab. R. v. Hoesslin.

Dr. **E. Welander: Zur Frage der abortiven Behandlung der Gonorrhoe.** Monatshefte f. pract. Dermatol. 1887. 4.

Der Verf., welcher im Gegensatze zu Bockhart die Ansicht vertritt, dass es Fälle von frischer gonorrhoischer Infection gibt, bei denen 2—3 Tage nach dem inficirenden Coitus die Gonococcen das Epithellager der Fossa navicularis noch nicht passirt haben, und sich dabei auf mikroscopische Untersuchungen des Secrets in den ersten Tagen stützt, welche ihm ergaben, dass sich in diesem Stadium häufig wohl massenhaft Gonococcen auf Epithelien auflagernd, aber keine, oder doch beinahe keine Eiterzellen finden, empfiehlt auf Grund dieser für die Pathogenese des Trippers nicht unwichtigen Befunde, sowie gestützt auf wie es scheint allerdings nicht sehr zahlreiche günstige persönliche Erfahrungen die nachfolgende abortive Behandlungsmethode. Nachdem die Patienten vorher urinirt haben, wird mit einem auf einem Tamponträger befestigten Baumwollebällchen die Schleimhaut im vordern Theile der Harnröhre, besonders in der Fossa navicularis kräftig abgerieben, und diese Procedur 2 bis 3 mal mit frischen Tampons wiederholt, bis das Secret vollständig herausgekratzt war, und sich einige Tropfen Blut zeigten. Nachdem diese behutsam abgetrocknet, wird die Schleimhaut ein paar mal mit starker Lapislösung gepinselt. Am folgenden Tage wird dieses Verfahren wiederholt. Die kauterisirende Wirkung der Lapislösung ist natürlich eine viel kräftigere, wenn die obere festere Epithelschicht fortgenommen ist. In neuerer Zeit hat er statt der Pinselung Einspritzungen von 1 gr Lapislösung (1 : 50) vargenommen, welche einige Minuten in der Harnröhre belassen wurde. Schädliche Wirkungen hat er dabei nie beobachtet. Kopp.

Dr. E. Schmidt: Ueber die Mikroorganismen des Trachoms. Vorläufige Mittheilung aus dem pathologisch-anatomischen Laboratorium des Profess. Iwanowsky. Russische Medicin 1887, Nr. 4.

Im Jahre 1881 erschien die erste Untersuchung Sattler's über die Mikroorganismen der trachomatösen Augenerkrankung, welche zuerst Licht in die Aetiologie dieser Krankheit brachte. Im vorigen Jahre ist von Prof. Michel eine Trachomepidemie beschrieben worden, welche er im Knabenwaisenhause zu Aschaffenburg beobachtet und welche er dazu benutzt hatte, um den eigentlichen Krankheitserreger zu entdecken. Von beiden Forschern ist ein specifischer Trachomcoccus gefunden worden, welchen sie auf verschiedenen Nährsubstraten, vorzüglich aber auf Blutserum cultiviren konnten; die Ueberimpfung der erhaltenen Cultur auf den Menschen erzeugte das charakteristische Bild des Trachoms. Impfungen auf Thiere blieben resultatlos.

Um die Resultate Sattler's zu controliren, unternahm Schmidt noch 1884 eine Reihe von Verpflanzungen der Secrete trachomatöser Augen in verschiedene Nährboden, wobei er die

Culturen bis zur 5.—6. Generation fortsetzte. Vom October 1886 sind diese Untersuchungen, welche früher in einem Dorfe des Jekaterinoslawer Gouvernements stattfanden, im bacteriologischen Laboratorium des Prof. Iwanowsky ausgeführt worden.

Die Zahl der am Trachom Erkrankten, welchen das Material zu den Untersuchungen entnommen wurde, betraf 58, von denen die meisten am follikulären Trachom erkrankt waren und alle keine anderen Complicationen aufzuweisen hatten. Als Nährsubstrat dienten: Blutserum (eines Ochsen), Agar-Agar, Fleischinfuspeptongelatine und Bouillon. Das Wachsthum der Culturen in diesen Nährsubstraten, welche man bis auf 36° C. erwärmen kann, ist ein sehr rasches. Schon nach 24 Stunden wird es auf Agar-Agar und Blutserum durch das Erscheinen kleiner milchig-weisser Pünktchen an der Impfstelle, welche sich allmählich vergrössern und zusammen confluiren, angezeigt.

Morphologisch ist der Trachomcoccus dem Staphylococcus pyogenes sehr ähnlich. Am häufigsten lagern sich die Coccen zu zwei, einen Diplococcus bildend, oder auch der Länge nach zu 3 und 4; längere Ketten sind selten und nur dort, wo die Entwicklung rasch vor sich geht (in Bouillon bei 36° C.).

In einem frischen Präparat, in Wasser oder Glycerin unter das Mikroskop gebracht, soll man nur bei vereinzelten Coccen eine active Bewegung beobachten können, welche sehr schnell (nach 1—2 Minuten) aufhört. Die Mehrzahl der Mikroorganismen bleibt unbeweglich oder zeigt nur eine moleculare Bewegung.

Impfversuche, welche S. noch fortsetzt, haben bis jetzt folgendes Resultat ergeben: Bei Hunden, Mäusen und Kaninchen erzeugte die in den Conjunctivalsack hineingebrachte Cultur bloss eine vorübergehende Röthe und Schwellung der Schleimhaut, zuweilen von einer reichlichen schleimig eiterigen Secretion begleitet. Mit Wasser versetzte Culturen, in die Vorderkammer injicirt, riefen eine Panophthalmitis hervor.

Bei Tauben und Katzen erzeugten die Impfungen das charakteristische Bild des Trachoms mit Schwellung der Augenlider etc. Bei Tauben erschien zuweilen das Trachom mit papillären Excrescenzen und subconjunctivalen Extravasaten. — Ausführlicher wird S. über seine Untersuchungen in einer demnächst erscheinenden Arbeit berichten. Dr. N. Leinenberg.

1) **C. A. Ewald: Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre.** 11. Auflage. Berlin. Hirschwald. 1887.

2) **O. Liebreich und A. Langgaard: Compendium der Arzneiverordnung.** »Medicinisches Recept-Taschenbuch« 2. Auflage. Abth. I. Berlin. Fischer's Buchhandlung (A. Kornfeld) 1887.

Zwei grössere Werke über Arzneiverordnungslehre erscheinen ziemlich gleichzeitig auf dem Büchermarkt. Das eine, zuerst von Phoebus, später von Posner, Waldenburg und Simon, jetzt von Ewald herausgegebene ist schon über ein halbes Jahrhundert dem Praktiker ein treuer Rathgeber, wenn es gilt sich entweder in einem alten entlegenen Winkel oder einem neuen Anbau des pharmaceutischen Arsenals zu orientiren. Wie dasselbe zu jeder Zeit es verstanden hat eine vollständige Aufzählung aller seiner Zeit zur Verfügung stehender Arzneimittel, deren Beschreibung, Dosirung, Anwendungsweise und therapeutische Verwerthung zu geben, so thut es das Gleiche gegenwärtig in seiner elften neu umgearbeiteten und vermehrten Auflage, in der es vollendet vor uns liegt. Einem so bewährten Buche eine weitere Empfehlung mitzugeben, wäre überflüssig. Es sei nur hervorgehoben, dass diesmal auch die wichtigsten ausländischen Pharmakopöen Berücksichtigung gefunden haben. Möge der vielfache Hinweis auf die unter den Arzneibüchern der Culturstaaten bestehenden Verschiedenheiten und die durch dieselben bedingten Unzuträglichkeiten die Wege zu einer internationalen Verständigung auf diesem Gebiete bahnen helfen!

Ueber das jüngere Werk von Liebreich und Langgaard steht dem Ref. ein vollständiges Urtheil noch nicht zu, da ihm nur ein Theil vorliegt. Er verfolgt noch etwas mehr als den ausschliesslich praktischen Zweck, dem das ältere Buch dient, indem es sich eingehender mit der Wirkungsweise der Stoffe beschäftigt. Vielen mag es willkommen sein, in der Arzneiverordnungslehre auch gleichzeitig eine kurze Pharmakologie mitzubekommen. Dagegen fehlt (wenigstens bis jetzt) dem Compendium der allgemeine Theil der Receptirkunde, welcher besonders den Studirenden von Wichtigkeit sein dürfte, ferner die oben erwähnte Anziehung fremder Pharmakopöen, sowie endlich, um auch eine praktische Kleinigkeit nicht unberücksichtigt zu lassen, der Preis der Arzneimittel. Dafür hat das Liebreich-Langgaard'sche Buch wiederum z. B. den Zusatz der chemischen Formel der Substanzen, soweit sie bekannt ist, sowie überhaupt eine recht übersichtliche Anordnung des Stoffes als Vorzüge vor dem Ewald'schen aufzuweisen.

So können beide Werke neben einander ihren Weg machen. Es wird das neuere seinen Platz erringen, das ältere den seinigen behaupten. Penzoldt.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 25. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Fortsetzung der Berichte über die Hungerversuche an Cetti.

Prof. **Zuntz** von der landwirthschaftlichen Hochschule berichtet über das Ergebniss der Athmungsuntersuchung, wobei sowohl die Athembewegungen ihrer Stärke und Häufigkeit nach, wie auch der chemische Process der Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureausscheidung berücksichtigt wurden. Recht interessant waren die allgemeinen physiologischen Betrachtungen, welche Z. über die biologische Bedeutung des Hungers vorausschickte.

Der Hunger ist ein Zustand, welchem alle höher organisirten Thiere wie auch der Mensch mehr oder weniger häufig unterworfen sind. Es hat sich demgemäss im Kampfe um's Dasein eine gewisse Anpassungsfähigkeit herausgebildet, um sich mit dem zeitweiligen Nahrungsmittel abzufinden. Diese Fähigkeit hat sich nach zwei Richtungen entwickelt: die eine Thiergruppe schränkt ihre Lebensbedürfnisse auf das Aeusserste ein, verzichtet auf selbständige Bewegungen, auf Erhaltung der Körperwärme und übersteht so ohne Schaden lange Zeiten des Nahrungsmangels. Die höchste Entwickelung dieser Anpassungsform trifft man bei den sogenannten Winterschläfern, dem Murmelthier, der Fledermaus u. A. Im Gegensatz zu diesem passiven Verhalten der ersten Thiergruppe zeigt eine zweite Gruppe activen Kampf gegen den Hunger. Das Raubthier geht, wenn es vom Hunger geplagt wird, mit verdoppeltem Eifer und zäher Ausdauer auf die Jagd; der Grasfresser macht weite Wanderungen, um Weideplätze und Nahrung zu finden. Auch der Mensch ist zu diesen Lebewesen zu rechnen, welche durch den Hunger zu vermehrter Energie angeregt werden. Die Noth macht eben erfinderisch.

Demgemäss darf man erwarten — und das stimmt auch mit den bisher bekannten Thatsachen überein, dass die Quelle der Kraft im Organismus, die mit Sauerstoffverbrauch und Kohlensäureproduction einhergehenden Umsetzungen, während des Hungers nicht allzu tief unter die Norm sinken werden. Immerhin hatten die bisherigen Versuche zur Erforschung dieses Zustandes eine gewisse Verminderung dieser Umsetzungen wahrscheinlich gemacht. Allein alle diese Versuche litten an einer Unsicherheit, welche der Unmöglichkeit entstammt, die willkürlichen Bewegungen der Thiere zu beherrschen, resp. beim Experiment auszuschliessen. Da jede Bewegung aber nur ermöglicht wird durch vermehrten Sauerstoffverbrauch und erhöhte Kohlensäureproduction, so liegt in den nach Temperament und äusseren Einflüssen launisch wechselnden willkürlichen Bewegungen ein unübersteigliches Hinderniss zur Erlangung exacter Resultate behufs Vergleichung des Hungernden mit dem normal genährten Individuum.

Beim Menschen konnte diese Fehlerquelle durch einen einfachen Appell an den guten Willen des »Versuchsindividuums« beseitigt werden. Cetti hat in der That, abgesehen vom ersten und zweiten Tag, wo er mit dem Experiment noch nicht genü-

gend vertraut war, — während der täglich $^1/_2$ Stunde dauernden Respirationsversuche jede willkürliche Muskelbewegung vermieden und absolute Ruhe beobachtet. Dabei zeigte sich, dass der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduction bis zum Schluss der Hungerperiode nicht unter die am dritten Tage beobachtete Grösse herabsank. Da das Körpergewicht während dieser Zeit abnahm, musste man schliessen, dass dieselbe Menge Körpersubstanz gegen Schluss des Hungerns sogar eine grössere Oxidation chemischer Verbrennung erlitt, als zu Beginn derselben. Mit der ersten Nahrungsaufnahme stieg der Verbrennungsprocess erheblich an, um am folgenden Tage nachdem Cetti während der Nacht, wie dies jeder thut, wieder 12 Stunden gehungert hatte, — noch unter den niedrigsten im Hunger beobachteten Werth zu sinken. Im Lauf der nächsten 14 Tage, während deren die Ernährung wieder eine reichliche und vollkommen normale war, wurde Cetti noch mehrmals des Morgens in nüchternem Zustande untersucht und jedesmal der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduction ebenso wie im Hunger befunden. An jede solche Untersuchuug des nüchternen Mannes schloss sich eine Mahlzeit, nach deren Einnahme der Gasaustausch um circa 25 Proc. und mehr gesteigert war.

Es hat sich also das frappante Resultat ergeben, dass die bei Ruhe der Musculatur und des Verdauungsapparates stattfindende Zersetzung im Körper keine Verminderung während des langen Hungerstadiums erfahren hat. Daraus folgt, dass in unserem Körper schon im normalen Zustande die Umsetzungen mit der höchsten Oekonomie erfolgen, d. h. es wird in der Ruhe continuirlich nur soviel Körpermaterial verbrannt, als zur Erhaltung der Körperwärme, zur Heizung der »Maschine« erforderlich ist. Wie jede willkürliche Arbeit, so bedingt auch die Arbeit der Verdauung eine Steigerung des Verbrennungsprocesses. Dabei ist es gleichgiltig, ob diese Arbeit ein nutzbares Resultat hat, d. h. ob sie neues Nährmaterial dem Körper zuführt oder nicht. Als Beleg hierfür citirte der Vortragende einige ältere von ihm ausgeführte Versuche an Thieren, bei welchen eine leicht abführende Dosis Glaubersalz eine ähnliche Steigerung des Verbrennungsprocesses erzeugte, wie eine normale Mahlzeit. Auch bei Cetti zeigte sich, dass jede Reizung selbst des leeren Darmcanals die Verbrennungsprocesse steigerte. Cetti litt zwischen dem sechsten und achten Hungertage an kolikartigen Schmerzen, und an diesen Tagen war der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduction reichlich 10 Proc. höher, als während der vorausgegangenen und nachfolgenden Hungertage.

Professor Zuntz schloss mit dem Hinweise, dass die aus Cetti's Hungerversuch gewonnenen Ergebnisse eine hohe Bedeutung für die Untersuchung der Umsetzungen im Körper fiebernder oder an anderen Krankheiten leidender Menschen besitzen. Denn in der Grösse des Verbrennungsprocesses beim ruhenden, seit 12 Stunden nüchternen Individuum habe man ein Normalmaass, mit welchem man dieselben Erscheinungen im Verlauf von Krankheiten vergleichen könne.

Schluss der Berichte über Cetti von Herrn Munk und Müller gegeben folgt.

Medicinische Gesellschaft in Leipzig.

Sitzung vom 29. März 1887.

Vorsitzender: B. Schmidt.

1. a) Herr **v. Tischendorf: Ueber eine durch Laparotomie geheilte Erkrankung von Ileus.**

Es handelte sich in dem mitgetheilten Falle um Ileus in Folge fester Darmverwachsungen durch chronische Peritonitis bei einem in Retroflexionsstellung eingekeilten myomatösen Uterus. Da alle gewöhnlichen Mittel (Ausspülungen, Ernährung p. anum) nicht genügten, den Ileus zu beseitigen, entschloss sich T. zur Laparotomie, wobei die Darmadhäsionen und die den Uterus unter dem Promontorium an's Kreuzbein fesselnden Pseudoligamente gelöst und der Uterus nach vorne gelagert wurde. Heilung ohne Reaction, vorzüglicher Ernährungszustand. Das Myom mit seinen consecutiven Menorrhagien wurde nachträglich durch fünf Monate lang fortgesetzte Ergotininjectionen in erfolgreicher Weise behandelt.

b) Herr **v. Tischendorf: Exstirpation der steinkranken Gallenblase mit gleichzeitiger Annähung der dislocirten Wanderniere.**

Die Operation war vorgenommen worden, weil man bei der bestehenden Wanderniere in deren oberen auf das Doppelte verbreiterten Theile die Entwickelung eines malignen Tumors befürchtet hatte. Diese Vergrösserung erwies sich jedoch bei der Operation als die durch derbe narbige peritoneale Stränge mit der Niere fest verlöthete, mit 49 bis über kirschgrossen Steinen angefüllte Gallenblase. Die Gallenblase wurde isolirt und der durch einen haselnussgrossen Gallenstein fest verschlossene Ductus cysticus doppelt unterbunden, hierauf die Gallenblase exstirpirt. Nach der durch die Entfernung derselben möglich gewordenen Reposition der dislocirten Niere, wurde die letztere durch starke Ligaturen, welche durch die Kapsel und das Gewebe ihres unteren Poles und dann mit stumpfer Durchbohrung des Peritoneums hinter der 12. Rippe herumgeführt wurden, fixirt. Heilung ohne Reaction. Die Kranke, welche vorgestellt wird, ist ohne alle Beschwerden. Niere in situ.

2) Professor **Braune: Ueber den Sternalwinkel und seine Bedeutung für die Thoraxbewegungen.**

Der bisher vorwiegend als Symptom der Phthise angesehene und als durch Abflachung der oberen Rippen entstanden gedachte Sternalwinkel (Louis'sche Winkel) hat nach den Ausführungen des Vortragenden diesen Werth nicht, sondern ist lediglich ein Product der Thoraxbewegung, wenn die Verknöcherung des in den ersten Lebensjahren aus beweglich verbundenen Theilen bestehenden Sternums sich aus irgend einem Grunde verzögert. Da der Hebungswinkel der Rippen von oben nach unten abnimmt und da von der 2. Rippe ab nach unten die Beweglichkeit der Rippenpaare eine immer freiere wird, so können bei mangelhafter Verknöcherung des Sternums durch das gleichmässige Heben der oberen Rippentheile und den Zug der unteren leicht Difformitäten des Brustbeins entstehen. Aus den Demonstrationen der Rippenbewegungen Seitens des Vortragenden geht hervor, dass nicht eine Einsenkung der oberen Rippen eine Knickung im Sternum zu Stande bringt, sondern eine Erhebung der Rippen überhaupt, wie auch die Fälle von Sternalwinkel bei Emphysem beweisen.

Discussion. B. Schmidt hält an der bisherigen Anschauung fest, da der pathologische bei Phthisikern vorkommende Sternalwinkel mit starker Neigung der Rippen, der Braune'sche Sternalwinkel aber mit starker Hebung (Horizontalstellung) der Rippenbogen verbunden sei. Auch E. Wagner glaubt, dass durch die Braune'schen Ausführungen der Sternalwinkel seine diagnostische Bedeutung nicht verloren habe. Heubner stimmt ebenfalls bei, dass der Louis'sche Winkel und die Braune'sche Knickung zwei verschiedene Dinge seien. Lenhartz glaubt, dass die Knickung bei Emphysematikern jedenfalls nach Braune's Deutung entstanden gedacht werden müsse.

(Nach Schmidt's Jahrbüchern.)

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 27. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Richter.

Herr **Hebra** stellt einen Fall von **Ichthosis congenita** bei einem 8 Tage alten Kinde vor. Die ganze Epidermis ist geröthet, verdickt und durch Riffe in verschieden grosse Felder getheilt, Die übermässige Epidermisentwicklung beginnt bereits im 4. Schwangerschaftsmonate, mit dem weiteren Wachsthum bilden sich Einrisse des Coriums. Da das Kind im 8. Schwangerschaftsmonate geboren wurde, ist die Schuppenbildung nicht so ausgebildet wie bei einem ganz reifen Kinde. Bei der Geburt waren die Augenlider in Folge des Druckes der verdickten Epidermis ectropirt.

Herr **Hillischer: Ueber Lustgas- und Lustgas-Sauerstoffnarcose.**

Redner, der über 4000 Narcosen mit Lustgas zu zahnärztlichen Zwecken gemacht hat, von denen 2901 mit Lustgas-Sauerstoff, stellt nach einer ausführlichen Schilderung der Apparate und der Technik der Bereitung der Gase, folgende Punkte auf:

1) Mit chemisch reinem Lustgas kann man kurze Narcosen erzielen, die nach Entfernung des Mundstückes noch 30—60 Secunden anhalten. Stertor und Cyanose kommen dabei immer vor.

2) Bei dieser Narcose tritt oft ein hochgradiges Excitationsstadium ein.

3) Will man mit reinem Lustgas operiren, muss man die Lustgaszufuhr oft unterbrechen und athmosphärische Luft zutreten lassen.

4) Da bei dieser Narcose der Blutdruck gesteigert ist, müssen als Contraindicationen angesehen werden: Fettherz, plethorischer Habitus, Atherose der Gefässe, Neigung zu Blutungen und vielleicht vorgeschrittene Schwangerschaft.

5) Mit dem vom Vortragenden als Schlafgas bezeichneten Gemenge von Lustgas und Sauerstoff kann man beliebig tiefe Narcosen erzielen.

6) Stertor, Cyanose und Excitation kommen dabei sehr selten und in sehr geringem Maase vor.

7) Die Schlafgasnarcose kann man beliebig lang fortsetzen.

8) Da hier keine Steigerung des Blutdruckes statt hat, giebt es auch keine Contraindicationen für diese Narcose.

9) Die Leichtigkeit, mit der man den Procentsatz des Gemenges variiren kann, gestattet die Anwendung des Schlafgases zu therapeutischen Zwecken.

Aerztlicher Bezirksverein Weiden.

I. Versammlung vom 7. Mai 1887.

Die Betheiligung an der ersten Vereinsversammlung war leider eine ziemlich schwache, indem nur 7 Collegen erschienen und zwar: Dr. Haupt und Dr. Reinhard-Weiden, Dr. Auer-Waldsassen, Dr. Schwarz-Eschenbach, Dr. Waller-Pressath, Dr. Blanalt-Floss, Dr. Rott-Neustadt und Dr. Grundler-Vohenstrauss. Entschuldigt waren Dr. Gutbier-Vohenstrauss, Dr. Greiner-Schwandorf und Dr. Müller-Bärnau.

Nach Bekanntgabe des Einlaufes erklärte der Verein seine Zustimmung zu der Petition des ärztlichen Bezirksvereins Dresden-Stadt an den hohen Reichstag betreffs Abänderung der §§ 29 und 147,3 der deutschen Gewerbeordnung, glaubt jedoch, dass dieses Sache des Aerztevereins-Bundes ist und vor den Aerztetag gehört. Die Protokolle der 5. Versammlung vom 17. December 1886 und der 1. vom 2. März 1887 des ärztlichen Bezirksvereins Regensburg wurden zur Kenntniss genommen, ebenso die durch Dr. Brauser-Regensburg zugesendeten Statuten des Sterbevereins an die anwesenden Mitglieder vertheilt.

Der Rechnungsablage pro 1886 durch den Cassier wurde Decharge ertheilt.

Bei der nun folgenden Wahl des Ausschusses wurden als Vorstand Dr. Bernhard-Weiden, als Cassier und Secretär Dr. Grundler-Vohenstrauss wiedergewählt. Als Schiedsrichter wurden gewählt die Herren Dr. Haupt-Weiden, Dr. Lorenz-Kemnath und Dr. Rott-Neustadt.

Als Delegirter zur Aerztekammer wurde gewählt der Vorsitzende Dr. Reinhard und als dessen Ersatzmann Dr. Rott.

Als Delegirter zum Aerztetag wurde Dr. Haupt gewählt.

Der angekündigte Vortrag über »Pfuscherei« unterblieb, da Dr. Greiner-Schwandorf, der denselben übernommen, telegraphisch absagte.

Dem Vorschlage des Herrn Kreismedicinalrathes Dr. Hofmann, die diesjährige ärztliche Kreisversammlung mit Rücksicht auf die Collegen der westlichen Oberpfalz in Regensburg abzuhalten, wurde einhellig beigestimmt.

Hierauf referirt Dr. Haupt über die Morbiditätsstatistik pro 1886 und constatirt, dass sich sämmtliche Vereinsmitglieder daran betheiligt haben. Eingehenden Bericht wird Dr. Haupt bei der Kreisversammlung erstatten. Haupt's Vorschlag, »bei Puerperalfieber für den nächsten Morbiditätsbericht bei jedem einzelnen Falle den Namen der Hebamme beizusetzen«, wird angenommen.

Ebenso wird der Antrag angenommen, bei Tuberculosis besondere ätiologische Momente hervorzuheben.

Dem Antrag Reinhard, die Sitzungsprotokolle drucken zu lassen und den Mitgliedern sowie den Nachbarvereinen zuzusenden, wurde zugestimmt.

Was den Stand des Vereins anlangt, so war derselbe bei Beginn des Jahres 18 Mitglieder und hob sich durch Beitritt von 3 Collegen auf 21 Mitglieder. Von diesen ist aber wieder ein Collega — Dr. Glanz-Pfreimd — wegen Uebersiedelung nach Langenzenn ausgetreten, so dass der Verein zur Zeit 20 Mitglieder zählt.

Nach Mittheilung einiger interessanter Fälle aus der Praxis schloss die Sitzung, nachdem noch vereinbart worden war, vor der Kreisversammlung noch eine zweite Vereinsversammlung abzuhalten, zu der, wie zu allen folgenden, die Einladung mindestens 8 Tage zuvor erfolgen soll, um den Collegen ein Erscheinen eher zu ermöglichen.

Vohenstrauss, den 14. Mai 1887. Dr. Grundler.

Verschiedenes.

(Professor Carl Friedländer,) dessen am 13. Mai zu Meran erfolgtes Hinscheiden wir unsern Lesern in der vorletzten Nummer mitgetheilt haben, wurde im Jahre 1847 zu Brieg in Schlesien geboren. Zuerst Assistent Heidenhayn's und Volkmann's, wandte er sich unter Leitung v. Recklinghausen's der pathologischen Anatomie und Histologie zu, in welchem Fache er sich 1879 an der Universität Berlin als Privatdocent habilitirte. Unter den wichtigsten Arbeiten auf diesem Gebiete sind zunächst hervorzuheben die im Jahre 1870 erschienenen physiologisch-anatomischen Untersuchungen über den Uterus, an welcher Arbeit ganz besonders die jetzt noch als richtig anerkannten Angaben über den Bau der Decidua hervorzuheben sind, ferner der bekannte Vortrag über locale Tuberculose (Volkmann's Sammlung 1873), in welchem er die Virchow'sche Dualitäts-Lehre der phthisischen Processe bekämpfte und nachwies, dass käsige Pneumonie und käsige Bronchitis einerseits und ächte Tuberculose andererseits dieselbe elementare Zusammensetzung zeigen. Hierauf folgte die nicht minder hervorragende Arbeit über Epithelwucherung und Krebs, in welcher er Waldeyer's Auffassung des Carcinoms als »atypische Epithelwucherung« bekämpft und eine atypische Wucherung nur dann für krebsig erklärt, wenn ein bösartiger Charakter darin ausgesprochen ist, und entgegen den Ruge'schen Ansichten über den Uteruskrebs betont, dass man aus einem Schleimhautstück allein niemals Carcinom erkennen könne, sondern erst dann, wenn man zugleich Wucherung in die Uterus-Muscularis nachgewiesen hat.

In den Jahren 1884 und 85 erschienen Friedländer's classische Untersuchungen über die Pneumoniecoccen, die den Namen ihres Entdeckers vor Allem berühmt machten und ihm ein bleibendes Denkmal gesetzt haben. Diese Untersuchungen sind für uns heute um so bewunderungswerther, als dieselben damals viel schwieriger waren, da Friedländer das Plattenverfahren noch nicht kannte.

Von seinen weiteren wissenschaftlichen Publicationen sind ferner zu nennen: sein Werk über mikroskopische Technik, das sich in den Händen aller Mikroskopiker befindet und eine Reihe von Auflagen erlebt hat, besonders aber die von ihm gegründete und bis kurz vor seinem Tode geleitete Zeitschrift »Fortschritte der Medicin«, welche eine hervorragende Stellung in der periodischen wissenschaftlichen Literatur einnimmt und eine unentbehrliche Encyclopädie für jeden, der sich mit wissenschaftlicher Forschung, besonders mit Pilzforschung beschäftigt, bildet.

Seit langen Jahren trug Friedländer den Keim seines frühen Todes in sich; eine immer mehr um sich greifende Lungentuberculose veranlasste ihn endlich, die pathologisch-anatomische Thätigkeit aufzugeben und sich in Meran der praktischen Medicin zu widmen, allein zu spät, denn an dem Orte, wo er zugleich Heilung gesucht hatte, erlag er seinem Leiden. Seine wissenschaftlichen Arbeiten sichern seinem Namen ein dauerndes Andenken.

(Nach Senger's Nekrolog, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20.)

(Gesundheitsschädliche Farben.) Dem Reichstage ist der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen zugegangen. Nach § 1 des Gesetzes dür-

fen gesundheitsschädliche Farben zur Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln, welche zum Verkauf bestimmt sind, nicht verwendet werden. Gesundheitsschädliche Farben im Sinne dieser Bestimmung sind diejenigen Farbstoffe und Farbzubereitungen, welche Antimon, Arsen, Baryum, Blei, Cadmium, Chrom, Kupfer, Quecksilber, Uran, Zink, Zinn, Gummigutti, Dinitrocresol, Corallin. Picrinsäure enthalten. Zur Aufbewahrung oder Verpackung von Nahrungs- und Genussmitteln, welche zum Verkauf bestimmt sind, dürfen Gefässe, Umhüllungen oder Schutzbedeckungen, zu deren Herstellung Farben der im § 1 bezeichneten Art verwendet sind, nicht benutzt werden. (§ 2.) Zur Herstellung von cosmetischen Mitteln und von zum Verkauf bestimmten Spielwaaren (einschliesslich der Bilderbogen, Bilderbücher und Tuschfarben für Kinder), Blumentopfgittern und künstlichen Christbäumen dürfen die im § 1 bezeichneten Farben gleichfalls nicht verwendet werden (§§ 3 und 4). Zur Herstellung von Buch- und Steindruck auf den in den §§ 2, 3 und 4 bezeichneten Gegenständen dürfen nur solche Farben nicht verwendet werden, welche Arsen enthalten. Zur Herstellung von zum Verkauf bestimmten Tapeten Möbelstoffen, Teppichen, Stoffen zu Vorhängen oder Bekleidungsgegenständen, Masken, Kerzen, sowie künstlichen Blättern, Blumen und Früchten dürfen Farben, welche Arsen enthalten, nicht verwendet werden (§§ 4–7).

(Gesundheitswesen.) Die italienische Regierung hat dem Senat einen Entwurf zur Regelung des öffentlichen Gesundheitswesens zugehen lassen, welcher in 6 Abschnitte zerfällt. Abschnitt 1 zählt die Punkte auf, welche zum Schutze der Gesundheit Gegenstand der öffentlichen Fürsorge sind, Abschnitt 2 behandelt den Gesundheitsdienst, die Ausübung der verschiedenen Zweige der Heilkunde und verwandter Beschäftigungen. Die Abschnitte 3 und 4 beschäftigen sich mit den Wohnungen, Nahrungsmitteln und Getränken, mit der landwirthschaftlichen und gewerblichen Arbeit, mit den Anstalten (Krankenhäuser, Schulen, Asylen etc.), soweit sie ein sanitäres Interesse bieten, sowie mit den ansteckenden Menschen- und Thierseuchen. Der letzte Abschnitt enthält die Uebergangsbestimmungen.

(Expedition.) In Petersburg soll eine Expedition zur weiteren Erforschung des »Pendeh-Geschwürs« ausgerüstet werden, zu deren Oberarzt der Privatdocent der militär-medicinischen Akademie, Dr. Raptschewski ausersehen ist.

(Aus Soengei Singkol, Sumatra) erhalten wir von dem dortigen praktischen Arzte Dr. Ludwig Martin folgende nicht uninteressante Mittheilung vom 18. März l. Js.: »Seit meiner Rückkehr hieher aus Europa hatte ich erst in den letzten Tagen wieder Gelegenheit, eine kleine Cholera-Epidemie dahier zu beobachten. Am 10. März kam nämlich während meiner Abwesenheit vom Hause ein eben aus Singapore hier eingetroffener chinesischer Arbeiter zu Fuss in mein Spital mit der Angabe, an Diarrhoe und Erbrechen gelitten zu haben. Mein alter chinesischer Wärter hielt denselben wegen seiner verfallenen Stimme und matten Augen sogleich für sehr verdächtig, was ihm mein europäischer Wärter nicht recht glauben wollte. Als ich Abends heimkehrte fand ich den Mann mit warmen Extremitäten und gutem Pulse, aber allerdings noch schwacher klangloser Stimme. Da er indess seit seiner Aufnahme in das Spital weder von Erbrechen noch von Diarrhoe war heimgesucht worden, dachte ich — bei der in den letzten Tagen hier herrschenden überaus grossen Hitze — an Sonnenstich. Ich liess noch die Temperatur im After messen, fand dieselbe aber normal. Am kommenden Morgen musste ich zeitig aus und sah deshalb den kranken Chinesen nicht; bei meiner Heimkehr aber wurde mir sofort mitgetheilt, derselbe sei um 3 Uhr Nachmittags plötzlich cyanotisch geworden und gestorben. Da er auch schon beerdigt war und ich anderweitig reichlich beschäftigt gewesen, dachte ich nicht weiter über den Fall nach und kam mir derselbe vorübergehend aus dem Gedächtnisse. In der Nacht vom 13. auf den 14. März starben nun aber die dem Verstorbenen zunächst gelegenen Patienten (beide Chinesen, von welchen der Eine an Beri-Beri, der Andere an chronischer Opiumvergiftung litt) rasch an exquisiter Cholera und vom 16. zum 17. März d. h. an diesen beiden Tagen und der dazwischen liegenden Nacht erkrankten noch fünf weitere chinesische Patienten, welche Alle in nächster Nähe des dem Erstverstorbenen gehörigen Bettes ihre Schlafstätten besassen. Keiner wurde gerettet, Alle starben, denn Sämmtliche waren elende, durch Opium, oder Beri-Beri, oder Malaria herabgekommene Individuen. Von den ebenfalls in der Nähe liegenden kräftigen und gesunden Chinesen mit kleinen chirurgischen Leiden und noch frei von jeder Cachexie, wurde Keiner von der Cholera befallen. Die zwischen dem 13. und 14. März Verstorbenen hatten sich halbfeuchte Kleidungsstücke, Bettvorhänge und nasses Geschirr (Tassen und Schüsseln) vom ersten Patienten, die fünf Späteren von den mittleren zwei angeeignet. Ich liess das betreffende Spital sofort räumen, das Besitzthum aller Patienten, welche auszogen, der grellen Sonnenhitze während der Mittagsstunden aussetzen und hatte seit 48 Stunden nach dem letzten Todesfalle keine neue Erkrankung mehr. Das Palmblätterdach des Spitales habe ich heute abnehmen lassen, so dass die Erde, welche festgestampft den Boden desselben bildet, von der nun ungestört hereinfallenden Sonne vollständig getrocknet werden kann; dieselbe war nämlich während der letzten Tage theils durch Dejectionen, theils durch die darauf behufs Desinfection gegossenen Carbollösungen beständig feucht. Die Carbollösungen sind vielleicht nicht immer genügend, das Carbol verflüchtigt sich, aber der Boden bleibt dann feucht und können Reinculturen der Cholerabacillen in demselben in Menge entstehen. Die Ordination war im Beginne 2,0 Calomel, dann Phosphorsäure mit Alcohol und subcutane Aether-Injectionen. Von grossen subcutanen Kochsalz-Injectionen wurde abgesehen, da es sich bei sämmtlichen Patienten um cachektische, in kürzerer oder längerer Zeit doch dem Tode verfallende Individuen handelte. Vor dem Auftreten dieser localen Epidemie hatte sich durch gut drei Vierteljahre kein Cholerakranker mehr in dem betreffenden Spitalraume befunden, war vielmehr derselbe die ganze Zeit hindurch fast vollständig mit Kranken aller Art belegt, ohne dass jemals eine Erkrankung an Cholera darin vorgekommen wäre. — Heute am 18. März kam mir noch ein achtes Opfer daselbst zur Beobachtung, ebenfalls ein elender, alter und an Malaria, Cachexie leidender Ihoeli. Ich gab ihm soeben 20 Aether-Injectionen, aber wohl vergebens, da der Puls nicht mehr bei ihm zu fühlen ist.

(Aerztliche Approbationen in der Schweiz.) Auf den vier Universitäten der Schweiz wurden im verflossenen Kalenderjahre 54 Aerzte diplomirt; unter diesen befinden sich 51 Schweizer und 3 Ausländer, unter den letzteren 2 Aerztinnen (eine Amerikanerin und eine Galizierin).

(Feriencurse.) Nach deutschem Muster werden einem Beschlusse des Professoren-Collegiums entsprechend, während der Ferienmonate August und September nun auch an der Wiener medicinischen Facultät Curse für praktische Aerzte abgehalten werden. Das bereits publicirte Verzeichniss der in den heurigen Ferien abzuhaltenden Curse umfasst 56 Curse, die von 57 Docenten — überwiegend Privatdocenten und Assistenzärzten der Wiener Kliniken — abgehalten werden.

Therapeutische Notizen.

(Inhalationen von Pyridin-Dämpfen.) Dr. Max Kelemen (Pest) hat bei Asthma und anderen dyspnoische Zuständen wiederholt Inhalationen von Pyridin-Dämpfen mit Erfolg angewendet. Er lässt 4–5 Gramm Pyridin in einer Schale verdunsten und die mit den Dämpfen imprägnirte Luft einathmen. Es gelang ihm asthmatische Anfälle sowohl bronchialer als cordialer Natur in kurzer Zeit zu coupiren, dyspnoische Anfälle bei Emphysem zu unterbrechen und 8 bis 9 Stunden zu verhindern und auch inspiratorische Dyspnoe im letzten Stadium der Phthise zu heben. Bei asthmatischer Aura (Schwellung der Nasenschleimhaut) kam der Anfall gar nicht zu Stande. Das Morphium kann hiebei entbehrt, bezw. abgewöhnt werden, Weniger günstige Erfolge hat Schnitzler erzielt, der jedoch ebenfalls zugiebt, dass es vorübergehend zu wirken im Stande ist.

(Badeliteratur.) Cudowa. Ueber diese bekannte Arsen-Eisenquelle erschien in der Sammlung der Europäischen Wanderbilder (Füssli, Zürich) ein populär gehaltenes Werkchen, welches für den dortselbst Heilung und Erfolg suchenden Curgast ein willkommener Führer sein dürfte.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 31. Mai. Der Bundesrath hat aus Anlass der auf S. 138 bezeichneten Vorlage in seiner Sitzung vom 5. Mai ds. Jrs. (§ 252 der Protocolle) beschlossen: die verbündeten Regierungen zu ersuchen, Vorschriften über die gegenseitige Zulassung der in der Nähe der Grenzen wohnhaften Hebammen zur Ausübung ihrer Berufsthätigkeit in den einzelnen Bundesstaaten nach Maassgabe nachstehender Grundsätze zu erlassen: 1) Hebammen, welche in einem Bundesstaate das Prüfungszeugniss einer nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde erworben haben, sollen, sofern sie in der Nähe der Grenze eines benachbarten Bundesstaates wohnhaft sind, befugt sein, ihre Berufsthätigkeit in den in der Nähe der Grenze belegenen Orten des letzterwähnten Staates in gleichem Maasse, wie ihnen dies in der Heimath gestattet ist, auszuüben. 2) Die Hebammen, welche in Gemässheit der unter Ziffer 1 getroffenen Bestimmung in den in der Nähe der Grenze belegenen Orten des Nachbarstaates ihren Beruf ausüben, verlieren die Befugniss hierzu, falls sie sich dort dauernd niederlassen, oder ein Domizil begründen. 3) Die unter Ziffer 1 bezeichneten Hebammen haben sich bei der Ausübung ihres Gewerbes an den in der Nähe der Grenzen liegenden Orten des benachbarten Staates den daselbst geltenden Gesetzen und Verwaltungsvorschriften zu unterziehen.

— In Hofrath Billroth's Befinden ist, wie wir zu unserer Freude mittheilen können, eine erhebliche Besserung eingetreten; der allverehrte Lehrer und Gelehrte befindet sich in voller Reconvalescenz und giebt sein Zustand zu keinerlei Befürchtungen mehr Anlass.

Möge der berühmte Chirurg noch lange der Wissenschaft und dem Lehrberufe erhalten bleiben.

— Die medicinische Gesellschaft und Poliklinik zu Nürnberg, welche zur Zeit aus 16 Aerzten besteht, hat im verflossenen Jahre im Ganzen 3797 Kranke behandelt. Hierunter befinden sich 70 Fälle von grösseren chirurgischen Operationen, 17 operative geburtshilfliche Fälle, 808 Augenkranke mit 24 Operationen, und 304 Ohren- und Nasenkranke mit 13 Operationen. Zum Vorstande wurde pro 1887 Dr. Schubert gewählt.

— Am 11. und 12. Juni wird zu Strassburg die XII. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte abgehalten. Es sind bereits 17 Vorträge angemeldet. Die Sitzungen finden im Hörsaale des physiologischen Instituts und im Hörsaale der psychiatrischen Klinik statt.

— In Zürich wird am 9. und 10. September die II. internationale Versammlung gegen den Missbrauch alcoholischer Getränke tagen. Als besonders zu behandelnde Berathungspunkte werden vom Comité empfohlen: 1) Monopol der Spirituosen; seine Nützlichkeit vom Standpunkt des Kampfes gegen den Alcoholismus; sein bester Anwendungsmodus. 2) Vergleichung des Nährwerthes (Procent) der alcoholischen Getränke mit demjenigen anderer Getränke und der Nahrungsmittel im Allgemeinen. 3) Die bisherigen praktischen Erfolge der verschiedenen Trinkerasyle. 4) Statistische Ergebnisse über den verhältnissmässigen Consum der verschiedenen Lebensmittel, welche in den Coffee-houses, Erfrischungslocalen und anderen Schenklocalen von nicht alcoholischen Getränken verabreicht werden.

— Der verstorbene Dr. Wakley, Herausgeber der Lancet, hinterliess dem University College in London sein Freigut Heathlands, Longcross, Chertsey und 8 Acker Landes zur Benutzung als Rekonvalescentenhaus für die Kranken dieses Hospitales mit dem Wunsche, dass der Name Wakley-Rekonvalescentenhaus zur Erinnerung an seinen verstorbenen Vater, den Gründer der Lancet, beibehalten werde. Ausserdem bestimmte er noch 5000 Pfund zur Erhaltung dieses Rekonvalescentenhauses.

— Der Congress der Vereinigten Staaten hat dem Präsidenten Cleveland 10,000 Dollars für zwei Forscher zur Verfügung gestellt, die den Werth der von den Doctoren Freire und Carmona in Mexico und Brasilien mit der Impfung des gelben Fiebers erlangten Resultate prüfen sollen. Beide müssen bereits das gelbe Fieber überstanden haben und einer von ihnen muss Bacteriologe sein.

— Am 14. Mai ist in Philadelphia der Grundstein zur Leland-Stanford-Universität in Palo Alto, Californien, gelegt worden. Diese vom Senator Stanford zum Andenken an seinen verstorbenen Sohn gegründete Universität hat ein Capital von 10 Millionen Dollars.

— Die Linnean Society in London hat folgende deutsche Gelehrte zu Ehrenmitgliedern ernannt: Dr. G. A. Schweinfurth, Graf H. Solms-Laubach, Professor der Botanik in Göttingen, Dr. Franz Steindachner in Wien und Dr. August Weismann, Professor der Zoologie in Freiburg.

— Die Professoren Toldt und Fleischl v. Marxow wurden zu correspondirenden Mitgliedern der Academie der Wissenschaften in Wien erwählt.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Professor Senator hat die Vertretung des wegen Krankheit für dieses Semester beurlaubten Professor Henoch übernommen und am 24. d. M. die Kinderklinik begonnen. — Budapest. Als Privatdocenten habilitirten sich Dr. E. Jendrassik für Neuropathologie und Dr. E. Moravcsik für Psychiatrie. — Charkow. Der Professor der gerichtlichen Medicin Dr. W. Anrep hat seine Professur aufgegeben und wird von nun an an dem St. Petersburger klinischen Institut der Grossfürstin Helene Paulowna Vorlesungen über gerichtliche Medicin halten. — Leipzig. Der Professor der Chemie von der Freiberger Berg-Akademie Dr. Winkler wurde als ordentlicher Professor nach Leipzig berufen. — Marburg. Der ausserordentliche Professor für Hygiene Dr. Rubner wurde zum ordentlichen Professor ernannt. — Petersburg. Dr. W. Sigrist hat sich an der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für interne Medicin habilitirt.

(Todesfälle.) Zu Prag starb Prof. Hamernik im 77. Lebensjahre, bekannt durch seine Untersuchungen über die Herzbewegungen und durch seine Spitzenstoss-Theorie.

Dr. J. S. Jewell, Professor der Neurologie und Psychiatrie am Chicago Medical College und Begründer des Journal of nervous and mental diseases, ist zu Chicago gestorben.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennung. An Stelle des nach Berlin berufenen Dr. Fr. Renk wurde der praktische und Bahnarzt Dr. Georg Näher in München zum Mitglied des Kreis-Medicinal-Ausschusses für Oberbayern ernannt.

Enthebung. Der Privatdocent Dr. Friedrich Renk wurde auf Ansuchen von der Function eines Mitgliedes des Kreis-Medicinal-Ausschusses von Oberbayern unter allerhöchster Anerkennung seiner ersprieslichen Dienstleistung enthoben.

Ruhestandversetzung. Der Bezirksarzt I. Cl. am Bezirksamte München II. Dr. J. F. Strüpf wurde seiner Bitte entsprechend unter Anerkennung seiner langjährigen, treuen und ersprieslichen Dienstleistung in den dauernden Ruhestand versetzt.

Versetzungen. Die Bezirksärzte Dr. Peter Noder in Zusmarshausen und Dr. Albin Gutbier in Vohenstrauss wurden auf Ansuchen in gleicher Eigenschaft und zwar ersterer nach Mindelheim und letzterer nach Neu-Ulm versetzt; der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Toenniessen des Beurlaubtenstandes in den Friedensstand des 4. Inf.-Reg.

Niederlassungen. Dr. Andreas Krauss in Schwarzhofen, B.-A. Neunburg v. W.; Dr. Adam Frank in Schönsee, B.-A. Neunburg v. W.

Gestorben. Der prakt. Arzt Dr. Joseph Rottmeister in Rain.

Erlediget. Die Bezirksarztesstellen I. Classe in Vohenstrauss, Neu-Ulm und München II.

(Baden.)

Niederlassungen und Wohnortsveränderungen. Arzt Dr. Wilh. Jos. Stahl hat sich in Neustadt (Schwarzwald), Arzt Dr. Max Friedmann in Mannheim als Specialist für Nervenkrankheiten und Elektrotherapie, Arzt Tholus, früher in St. Georgen, in Todtnau, Arzt Dr. Daniel Gugenheim in Donaueschingen, Arzt Dr. Herm. Streicher in Säckingen, Arzt Dr. Joseph Ott in Badenweiler niedergelassen; Arzt Dr. Rüst ist von Freiburg weggezogen; Stabsarzt a. D. Dr. Weller von Neckarau nach Baden übergesiedelt, Dr. Kimmig von Freiburg nach Petersthal. Zeitungsnachrichten zufolge ist Arzt Keller von Neudenau nach Külsheim gezogen, Arzt Dr. Gack ist von Immendingen wieder nach Messkirch, Arzt Willmann angeblich von Wolfach nach Freiburg gezogen.

(Sachsen.)

Ausgezeichnet mit dem Titel und Rang als »Geheimer Medicinalrath« die ordentlichen Professoren der Medicin Dr. His und Dr. Braune; mit dem Dienstprädikat Medicinalrath der Bezirksarzt Dr. med. Fickert in Oelsnitz und der Medicinal-Assessor Dr. med. A. Geissler in Dresden; mit dem Titel Hofrath die praktischen Aerzte Stabsarzt a. D. Dr. Credé und Dr. med. Bischoff in Dresden; mit dem Titel Sanitätsrath der praktische Arzt Dr. med. Pässler in Bad Elster; mit dem Albrechtsorden Ritterkreuz I. Cl. der Oberarzt und Anstaltsbezirksarzt Dr. C. Bauer in Waldheim und der ausserordentliche Professor der Medicin an der Universität Leipzig Dr. Carl Hennig.

Gestorben. Dr. med. H. Gebhardt aus Leipzig (in Meran); Dr. med. Schlobig in Zwickau.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 20. Jahreswoche vom 15. bis incl. 21. Mai 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 49 (36), Scharlach 1 (2), Diphtherie und Croup 1 (7), Keuchhusten — (4), Unterleibstyphus — (2), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 222 (195), der Tagesdurchschnitt 31.7 (27.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 42.9 (37.7), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 28.4 (24.4), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 21.3 (16.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Deutsche Chirurgie. Lfg. 48. Stuttgart 1887. 9 M.

Frisch, Prof. Dr. A. v., Die Behandlung der Wuthkrankheit. Wien 1887. 5 M.

Dr. Lahmann's Reform. Eine Kritik der Prof. Dr. Gustav Jäger'schen Wollbekleidungslehre, Seelenlehre und Heiltheorie.

Nussbaum, Geheimrath v., Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung mit Rücksicht auf ihren gegenwärtigen Standpunkt. V. gänzlich umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1887. 6 M.

Vogel, Prof. Dr. Alfr., Lehrbuch der Kinderkrankheiten. IX. Auflage. Neu bearbeitet von Dr. Philipp Biedert. Stuttgart 1887. 14 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.